



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora em Crianças e Jovens com Paralisia Cerebral e Défices Neurológicos Afins

Relatório de Estágio de Aprofundamento de Competências Profissionais

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora Académica: Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Orientador Local: José Guilherme Parreiral

Júri :

Presidente: Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Vogais: Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha
Adilson Passos da Costa Marques

RITA NAZARÉ INEZ ALMEIDA

2015

Agradecimentos

O presente estágio descrito neste relatório advém de um local de estágio autoproposto, neste sentido os meus agradecimentos começam por todos os elementos que o tornaram possível:

Em primeiro lugar à Professora Doutora Cristina Espadinha, pelo facto de acreditar neste meu projeto, aceitando ser novamente minha orientadora de estágio da Faculdade.

Os meus agradecimentos para com a professora ultrapassam os normais rituais associados à esfera académica, destacando a importância que a mesma teve no processo de construção da minha formação académica, profissional e pessoal. O seu profissionalismo assim como as suas excelentes qualidades relacionais de dedicação, compreensão, apoio e disponibilidade, entre outras, fazem da mesma, na minha opinião, um verdadeiro exemplo de um(a) professor(a) universitário(a).

Ao meu orientador de estágio local, José Guilherme Parreiral, pela magnífica receção, aprendizagem e experiência, por toda a paciência, investimento, dedicação, boa disposição, amizade e companheirismo. Por todas as perguntas sem resposta, por todos os desafios, por todas as incentivos, mas essencialmente por todas as introspeções que me insurgiu, tornando esta experiência, marcante e essencial no meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À minha família: pais, irmãos e sobrinhos, por todo o apoio e esperança que depositaram em mim, acreditando nas minhas escolhas e opções. Aos meus pais por todos os sacrifícios que fizeram para que esta etapa fosse possível, aos meus irmãos pelo apoio incondicional e aos meus sobrinhos por todas as alegrias e aprendizagem que me proporcionaram, obrigando-me a não me esquecer como é ser criança.

A todos os clientes da APCC, que tanto se revelaram em sessão, que tanto me ensinaram, partilharam e exigiram de mim, possibilitando que esta fase fosse uma realidade bem próxima de uma possível experiência nos futuros desafios profissionais que se seguem.

A todos os profissionais da APCC, que me integraram, que partilharam e que me ajudaram a conhecer as dinâmicas institucionais formais e informais, confiando e apostando na minha presença enquanto profissional e pessoa na instituição.

Aos meus companheiros de casa, de momentos, de aventuras, de aprendizagens, de conversas, que tanto me deram de si, ajudando-me a ser mais de dia para dia: Luís Oliveira, Carina Esteves, Ana Beatriz Frazão, Daniela Gameiro, Lúcia Maças, Maria Melo, Lúcia Martins, Joana Lima, Catarina Bento e à eterna Lucinda.

Resumo

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, realizado na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra.

Dentro da presente instituição o estágio enquadrou-se no Centro de Paralisia Cerebral de Coimbra, tendo a estagiária aplicado um programa de intervenção terapêutica ou ludo terapêutica com 34 clientes, maioritariamente crianças e jovens com Paralisia Cerebral e Défices Neurológicos Afins.

A intervenção psicomotora envolveu a gestão dos processos dos clientes, a identificação das necessidades de intervenção e perfil psicomotor, estabelecimento de objetivos específicos, monitorização da intervenção, avaliação do desenvolvimento psicomotor e reuniões com as equipas multidisciplinares e com os responsáveis legais do cliente.

Da referida intervenção foi possível constatar os benefícios da mesma a nível psicomotor, comportamental e emocional, validando o contributo e a importância desta intervenção na resposta reabilitativa da instituição.

Palavras-chave:

Intervenção Psicomotora, Crianças e Jovens com Paralisia Cerebral e Défices Neurológicos Afins, Estudo de Caso, Bateria de Avaliação das Funções Neuro-Psicomotoras, Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra.

Abstract

The present report describes the activities which took place during the internship programme included in the Professional Skills Development branch of the Psychomotor Therapy Master Degree, in the Faculty of Human Kinetics; developed in Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (Cerebral Palsy Association of Coimbra).

Within the present Institution, the internship took place on Centro de Paralisia Cerebral de Coimbra (Cerebral Palsy Centre of Coimbra), where the trainee applied a therapeutic intervention programme or a ludotherapy programme with 34 clients, the majority of whom were children and youth with cerebral palsy or neurological deficits.

The psychomotor intervention implied the clients' processes management, the identification of the intervention needs and psychomotor profile, the establishment of specific goals, the intervention monitoring, the evaluation of the psychomotor development and meetings with the multidisciplinary teams and the clients' legal guardian.

From the referred intervention, it was possible to note its benefits on psychomotor, behavioural and emotional levels, validating the contribution and importance of this type of intervention on the rehabilitative response of the Institution.

Keywords:

Psychomotor Intervention, Children and Youth with Cerebral Palsy and Neurological Deficits, Case Study, Assessment Battery of Neuropsychomotor Functions, Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (Cerebral Palsy Association of Coimbra).

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	ii
Índice	iii
Índice de Figuras	iv
Índice de Tabelas	v
Introdução	1
Enquadramento da Prática Profissional	3
1 Enquadramento Legal da Profissão	3
2 Metodologias de uma Prática Profissional	4
2.1 Vertentes da Psicomotricidade.	5
2.2 População alvo da intervenção psicomotora.	6
2.3 Modelos da intervenção psicomotora.	6
2.4 Metodologias de intervenção.	7
2.5 Relação Terapêutica.	11
2.6 Avaliação Psicomotora.	12
Enquadramento Institucional	14
1 Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra	14
2 Departamento de Psicomotricidade	16
2.1 Processos institucionais.	17
2.2 Valências do Departamento de Psicomotricidade.	18
2.2.1 Sessões de psicomotricidade.	18
2.2.2 Equitação terapêutica.	21
2.2.3 Hidroterapia.	21
2.2.4 Projeto Zarabatana.	22
3 Paralisia Cerebral	23
3.1 Formas de Classificação da Paralisia Cerebral.	24
3.2 Intervenção Psicomotora na Paralisia Cerebral.	28
Realização da Prática Profissional	34
1 Caracterização das Fases de Estágio	34
1.1 Fase de Observação.	35
1.2 Fase de Intervenção Supervisionada.	35
1.3 Fase de Intervenção Autónoma.	36
1.3.1 Projeto terapêutico.	37
1.3.2 Sessão e atividades.	37
1.3.3 Avaliação.	38

1.3.4	Gestão de processos dos clientes gestor de caso.	42
1.3.5	População atendida.	43
2	Caracterização de Processos e Estratégias de Intervenção	45
2.1	Processos de Representação Produto da Sessão Terapêutica.	45
2.1.1	Comunicação e relação terapêutica.	46
2.2	Estratégias de Intervenção.	47
2.3	Estudo de Caso.	50
2.3.1	Caracterização do diagnóstico.	50
2.3.2	Caracterização do João.	51
2.3.3	Intervenção terapêutica.	53
2.3.3.2	Perfil psicomotor Objetivos terapêuticos	54
3	Outros Tipos de Atividades da Estagiária	63
3.1	Contributos para o Departamento de Psicomotricidade.	64
3.2	Integração nas equipas do CRPCC.	65
3.3	Relação entre Gabinete de Voluntariado Departamento de Psicomotricidade.	66
3.4	Outras Atividades.	66
Limitações e Dificuldades/Desafios		68
Conclusão		70
Reflexões Finais		73
Bibliografia		75
Anexos		79
Anexo A -	Estrutura Organizacional da APCC - Organograma	80
Anexo B -	Instalações do CRPCC	81
Anexo C -	Fluxograma do Plano Individuais	82
Anexo D -	Cronograma de Atividades de Estágio no DP da APCC	83
Anexo E -	Modelo Planeamento/ Relatório de sessão	85
Anexo F -	Ficha de Registo de Presença-Sessões-Monitorização	88
Anexo H -	Resultados da aplicação da NP-MOT e sua significação psiconeurológica	93
Anexo I -	Gráfico síntese dos resultados da NP- MOT	111

Índice de Figuras

Figura 1:	Descontinuidade Tónica do Indivíduo-Traduzido de Boscaini (1998, p. 88)	_ 9
Figura 2:	Jovem a Soprar na Zarabatana	22
Figura 3:	Representação simbólica através de Role play de uma ida ao médico	46
Figura 4:	Representação do Corpo através da ilustração	46
Figura 5:	Representação pela demonstração com a temática da Dor	46
Figura 6:	Representação do corpo com plasticina através da Modelagem	46
Figura 7:	Representação de uma sessão com comunicação não-verbal	46
Figura 8:	Representação da vivência da sessão de relaxação	46
Figura 9:	Quadro de previsibilidade da Sessão de Psicomotricidade	48
Figura 10:	Classificação das atividades pelo cliente	49
Figura 11:	Papel passivo na Relaxação com Sacos de Areia/Feijão	49
Figura 12:	Papel ativo na Relaxação com Sacos de Areia/Feijão	49
Figura 13:	Carro do Nody, presença do objeto preferido do cliente na tarefa.	50

Figura 14: Representação corporal do João em tamanho real	57
Figura 15: Desenho do Corpo do João numa folha de papel	57
Figura 16: Desenho do corpo do João em maio de 2014	61
Figura 17: Exemplo de imagens de associação	65
Figura 18: Puzzle Equitação Terapêutica	65

Índice de Tabelas

Tabela 1: Descrição dos Subtipos de PC	25
Tabela 2: Características e Intervenção Psicomotora da PC	32
Tabela 3: Horário da estagiária nas diferentes valências no departamento	34
Tabela 4: Domínios e Subdomínios Avaliados na Bateria de Avaliação NP-MOT	40
Tabela 5: Número de avaliações realizadas pela estagiária	42
Tabela 6: Cronograma de controlo dos Planos Individuais 2013/2014	43
Tabela 7: Gestão de Procedimentos Participados pela Estagiária	43
Tabela 8: Caracterização da População	44
Tabela 9: Número de Horas da estagiária por Função	44
Tabela 10: Síntese do 1.º Plano Individual de (Re)Habilitação	53
Tabela 11: Síntese da Informação recolhida pela Equipa Multidisciplinar	54
Tabela 12: Perfil Psicomotor e Objetivos Terapêuticos	55
Tabela 13: Intervenção psicomotora e frequência do exercício dos objetivos terapêuticos do 1.º plano de intervenção (15 sessões)	56
Tabela 14: Síntese do 2.º Plano Individual de (Re)Habilitação	61
Tabela 15: Intervenção psicomotora e frequência do exercício dos objetivos terapêuticos do 2.º plano de intervenção (5 sessões)	61

Introdução

O presente relatório resulta do estágio profissionalizante realizado no ano letivo de 2013/2014, no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

O estágio está integrado na unidade curricular do Ramo Aprofundamento de Competências Profissionais, decorreu com os seguintes objetivos principais: estimular o conhecimento aprofundado no âmbito da RPM nas suas vertentes científicas e metodológicas, promovendo uma componente reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de RPM, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O estágio decorreu na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), instituição particular de solidariedade social cuja missão se prende com promoção da inclusão social de pessoas em situação de desvantagem, com especial incidência nos que têm deficiência e/ou incapacidade. Esta instituição tem diversas respostas sociais, sendo que a ação do psicomotricista está enquadrada numa das respostas sociais da APCC, o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra (CRPCC), mais especificamente no Departamento de Psicomotricidade. Integrado numa equipa multidisciplinar, constituída por outros profissionais de saúde e educação, o psicomotricista intervém com o objetivo de levar o sujeito a refletir acerca da sua identidade, avaliando e intervindo sobre comportamentos motores inadequados/inadaptados relacionados com problemas a nível do desenvolvimento e de maturação psicomotora, psicológicos ou psicoafectivos.

O presente relatório de estágio tem como intuito descrever e caracterizar intervenção psicomotora realizada nesta instituição, analisando e comparando as metodologias da prática profissional descritas na literatura e sua aplicabilidade institucional.

Consequentemente, o relatório encontra-se organizado em dois módulos: enquadramento da prática profissional e realização da prática profissional.

No primeiro módulo, enquadramento da prática profissional, será primeiramente realizado o enquadramento legal da profissão do psicomotricista em Portugal e a revisão literária acerca das metodologias desta prática profissional.

De seguida será realizada a caracterização da instituição onde decorreu o estágio, assim como do local onde a estagiaria realizou a sua intervenção: Departamento de Psicomotricidade.

Posteriormente será abordada a classificação da principal condição presente na população-alvo da instituição, i.e., paralisia cerebral e fundamentada a importância da intervenção psicomotora nesta população.

No segundo módulo, realização da prática profissional, será em primeiro lugar caracterizado como decorreu o presente estágio, sendo este subdividido em diferentes fases: observação, intervenção supervisionada e intervenção autónoma. De seguida será caracterizada a população a que o Departamento de Psicomotricidade deu resposta e apresentadas as principais estratégias da intervenção. Será ainda realizado uma análise mais aprofundada acerca da intervenção psicomotora com um cliente da APCC, através de um estudo de caso.

Posteriormente serão apresentadas outras atividades que a estagiária desempenhou na presente instituição assim como as limitações que sentiu.

Por último, este relatório terminará com a apresentação das principais conclusões do mesmo, onde a estagiária apresenta as suas reflexões integrando a revisão da literatura com a sua aplicabilidade numa vertente interventiva.

Enquadramento da Prática Profissional

Esta secção do relatório pretende enquadrar a prática profissional, sendo por isso realizada a revisão teórica da intervenção psicomotora, a descrição do contexto institucional onde foi realizado o estágio e caracterização da principal população alvo da intervenção psicomotora, a paralisia cerebral.

O presente revisão teórica tem como objetivo, contextualizar a intervenção psicomotora relativamente ao enquadramento legal da profissão e às metodologias desta prática profissional, nomeadamente: nas vertentes da psicomotricidade, na população-alvo e modelos de uma intervenção psicomotora, nas técnicas em psicomotricidade, na relação terapêutica e na avaliação psicomotora.

1 Enquadramento Legal da Profissão

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Psicomotricistas (2010) a profissão de psicomotricista encontra-se dividida em duas classes: psicomotricista generalista e psicomotricista especialista. Esta diferenciação tem por base a graduação académica, i.e., o indivíduo que conclui o 1.º ciclo em Reabilitação Psicomotora é considerado, pelo supracitado regulamento, como um psicomotricista generalista e o indivíduo que conclui o 1.º e 2.º Ciclo em Reabilitação Psicomotora é identificado como psicomotricista especialista (Regulamento do Exercício Profissional dos Psicomotricistas, 2010).

O psicomotricista especialista é o profissional que tem como propósito na sua prática profissional “a avaliação do perfil psicomotor (incluindo a componente social, comportamental e cognitiva); e a conceção, prescrição, implementação e reavaliação de programas específicos de intervenção dirigidos a pessoas com situações de deficiência, perturbação e desordens/distúrbios” (Regulamento do Exercício Profissional dos Psicomotricistas, 2010, p.4).

A nível nacional e internacional, a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), é a associação profissional que representa os psicomotricistas (APP, 2012b). Esta entidade tem vindo a desenvolver diversas iniciativas de forma a tornar possível a creditação da profissão, como por exemplo, a elaboração de dois instrumentos que auxiliam a prática e conduta do exercício profissional de todos os psicomotricistas portugueses: o Regulamento do Exercício Profissional do Psicomotricista (REPP) e o Código Deontológico do Psicomotricista (APP, 2012b).

Atualmente, a profissão de psicomotricista ainda não está regulamentada pelo Ministério da Educação e da Saúde, no entanto, através do Boletim de Trabalho e Emprego n.º 6 de 15 de fevereiro de 2012, a profissão de psicomotricista nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) já se encontra regulamentada (APP, 2012b).

Uma vez que o presente estágio decorreu na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), uma Instituição Particular de Solidariedade Social, o enquadramento profissional do psicomotricista, ao abrigo do Boletim de Trabalho e Emprego supracitado, encontra-se mencionado da seguinte forma: “cabe às partes definir a atividade para a qual o trabalhador é contratado podendo esta admissão ser realizada por remissão para uma das categorias profissionais constantes do anexo I, do referido documento” (“Boletim de trabalho e emprego n.º 6 de 15 de fevereiro,” 2012, p. 420). Neste anexo é possível encontrar descrita a profissão de Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação/Reabilitação Psicomotora na categoria de trabalhadores de habilitação e reabilitação e emprego protegido.

Este mesmo boletim descreve o enquadramento das profissões e categorias profissionais em níveis de remuneração, estando o Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação/Reabilitação Psicomotora, enquadrado no nível 3, à semelhança de outros profissionais da área da terapêutica, tais como: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e psicólogos.

Apesar das questões burocráticas ao nível da regulamentação da profissão, o psicomotricista encontra-se habilitado, segundo (APP, 2012b), a desenvolver o seu trabalho nos sectores públicos, semipúblico e privado, abrangendo os seguintes serviços: jardim-de-infância, escolas, escolas de ensino especial, centros de dia, instituições para pessoas com deficiência, residências para crianças e jovens, hospitais gerais e psiquiátricos, instituições de inserção social, associações desportivas, projetos municipais, centros de atividades, instituições para pessoas idosas e clínicas privadas.

No seguimento do que são as práticas e condutas do exercício profissional do psicomotricista, a secção seguinte do presente documento, procura identificar e caracterizar as metodologias da Intervenção Psicomotora.

2 Metodologias de uma Prática Profissional

O corpo é encarado na sociedade atual como um veículo para o agir, um meio para alcançar um fim. O indivíduo age mas desvincula-se de realizar uma introspeção pessoal sobre a ação que acabara de realizar (Martins, 2009). O mesmo autor sugere que os dias de hoje espelham as consequências desse, mesmo, menosprezo da reflexão e introspeção pessoal, i.e., a desvalorização dos rituais e modificações na organização social e dos ritmos relacionais (Martins, 2009).

Consequentemente Costa (2008) afirma que se tem assistido a uma crescente valorização das terapias centradas no corpo, especialmente pela conceção de que através deste se geram as funções psíquicas e emocionais.

As bases psicomotoras baseiam-se nos substratos anatómico-fisiológicos do sistema nervoso central: o Homem age enquanto ser global que pensa e reage de acordo com a influência das estruturas somato-psíquicas (Raynard, 1994). Por exemplo, uma desorganização entre as estruturas aferentes, eferentes e as vias de associação, poderá criar no indivíduo uma patologia na procura pela organização (Raynard, 1994).

Branco (2010) refere que, na perspetiva de João dos Santos, a história da psicomotricidade é tão antiga como as questões do corpo. Este mesmo argumento é reforçado pelos autores Vieira, Batista e Lapierre (2005, p. 18) quando escrevem: “falar de psicomotricidade é colocar o corpo em discussão”.

A partir do século XX, segundo Sousa (1977), os caminhos entre corpo, movimento e psiquismo e o próprio conceito de psicomotricidade como intervenção, começaram a unir-se, com o contributo de diferentes abordagens (psicopatológica, neuropsicológica, genética, biopsicológica, psicológica do conhecimento e psicanalítica), e dos seus percursos, destacando os seguintes autores: Dupré, Ajuriaguerra, Chauchard, Spitz, Lézine, Wallon, Piaget, Freud, Shilder.

A psicomotricidade pode ser entendida segundo uma abordagem por mediação corporal (Ballouard, 2006; Parreiral, 2012). Para Ballouard (2006) a especificidade da intervenção psicomotora reside na importância que esta intervenção presta às manifestações corporais e seus significados, bem como no estabelecimento de um diálogo corporal (tónico-emocional).

Branco (2010) afirma que na perspectiva de João dos santos, o comportamento expressa a vida psíquica e as modificações físicas por sua vez refletem-se na vida psíquica, sendo o corpo o elo de ligação nesta comunicação recíproca.

A psicomotricidade influencia o desenvolvimento das competências de um indivíduo através do enquadramento holístico do corpo como unidade, onde o movimento, a cognição e a emoção, não se expressam isoladamente ("Statutes of the european forum of psychomotricity," 2012).

Em psicomotricidade, independentemente da vertente de intervenção¹, o objetivo do psicomotricista é levar o sujeito a refletir acerca da sua identidade, avaliando e intervindo sobre comportamentos motores inadequados/inadaptados relacionados com problemas a nível do desenvolvimento e de maturação psicomotora, psicológicos ou psicoafectivos (APP, 2012b; Parreiral, 2012).

A intervenção psicomotora no seu exercício pode seguir uma corrente pedagógica ou terapêutica. A diferença entre as duas vertentes é explicada pela possibilidade de ocorrer processos de ordem regressiva na vertente terapêutica, ao passo que em pedagogia essa regressão não é contemplada, o percurso é a progressão (Costa, 2008).

2.1 Vertentes da Psicomotricidade.

A psicomotricidade, segundo uma vertente pedagógica, utiliza uma corrente de intervenção preventiva e/ ou educativa (REPP, 2010):

- A corrente preventiva tem como intuito estimular o indivíduo de uma forma holística com vista à melhoria ou manutenção de competências de autonomia ao longo do seu percurso de vida;
- A corrente educativa procura desenvolver e promover no indivíduo instrumentos que potenciem a sua aprendizagem e desenvolvimento psicomotor.

A psicomotricidade como terapia pressupõe uma atitude de reparação, de tratamento, de intervenção, e neste sentido utiliza as vertentes reeducativa e (psico) terapêutica (Costa, 2008). Estas vertentes são dirigidas a indivíduos com problemas de desenvolvimento, aprendizagem e comportamento (REPP, 2010).

O modelo reeducativo para Costa (2008) foi uma das primeiras vertentes de intervenção em psicomotricidade e baseava-se no pressuposto de que era necessário reparar e reeducar os comportamentos representativos de défices ou dificuldades do indivíduo. Com base neste pressuposto Martins (2001) fala de uma reeducação psicomotora e de problemas psicomotores. Esta vertente centra-se numa intervenção corporal ao nível das atividades funcionais e de aprendizagem, quando existe a necessidade de reabilitar no indivíduo a sua gestualidade como meio de expressão (Parreiral, 2012).

A intervenção psicomotora segundo uma visão (psico) terapêutica é utilizada quando é necessário ultrapassar problemas psicoafectivos de base relacional, que de alguma forma comprometem a adaptabilidade da pessoa (Parreiral, 2012).

Piaget (1978) afirmava, evidenciando a importância desta componente, que a adaptabilidade representa o equilíbrio entre a assimilação – caracterizada pela incorporação de elementos do meio à estrutura do indivíduo – e a acomodação – caracterizada pela modificação de estrutura do indivíduo em função de modificações do meio.

¹ Preventiva, educativa, (psico) terapêutica ou reeducativa

2.2 População alvo da intervenção psicomotora.

Segundo Bucher (1970) indivíduos com problemas de desenvolvimento, aprendizagem, comportamento e psicoafectivos não apresentam apenas uma manifestação corporal em resposta a um déficit de determinada função: a introdução do conceito de sintoma psicomotor surge dessa constatação, passando o psicomotricista a ter em conta a globalidade da pessoa nos seus aspetos funcionais e relacionais.

Um sintoma é por definição um conjunto de sinais, visíveis na manifestação corporal e funcional do indivíduo, que refletem uma problemática, segundo Boscaini (1997) a intervenção psicomotora não procura negar a existência de um sintoma nem a sua inibição. Para o autor a intervenção psicomotora tem como objetivo atuar sobre a origem do sintoma de forma a permitir ao sujeito encontrar a solução, através de um reconhecimento, consciencialização e aceitação do mesmo, mediatizado por uma relação de prazer corporal participada.

Segundo Saint-Cast (2004) a psicomotricidade do indivíduo é o produto das suas sucessivas interações psicológicas, percetivas e motoras com o meio envolvente. Quando ocorrem alterações ao nível da psicomotricidade do indivíduo devido a causas biológicas, psicológicas e ou psicossociais, estamos perante um distúrbio psicomotor.

Santos (1969) citado por Branco (2010) afirma que a expressão de um sintoma psicomotor tem por base a existência de problemas emocionais que se evidenciam quando o indivíduo tenta adaptar-se às exigências do meio envolvente. Deste modo, João dos Santos responsabiliza a problemática emocional pela sua interferência no processo de desenvolvimento e maturação das estruturas nervosas do indivíduo (Branco, 2010).

O psicomotricista é um profissional especialista na linguagem corporal e não-verbal que interpreta os elementos corporais de um indivíduo como indicadores da sua competência motora e maturação neurológica, como também da sua competência psíquica e relacional (Boscaini, 1998). Dentro do campo clínico, para o autor, é essencial que o psicomotricista consiga individualizar elementos somato-psíquicos fundamentais na constituição da identidade do indivíduo, (do seu ser), que se possam encontrar alterados.

Em suma e segundo o REPP (2010, Artigo 4.º, pp. 4-5) a intervenção psicomotora destina-se a indivíduos que apresentem problemáticas de:

- Incidência corporal – desarmonias tónico-emocionais, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal e da imagem corporal, da lateralidade, estruturação espacial e temporal, dispraxias, e problemas psicossomáticos;
- Incidência relacional – dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, instabilidade psicomotora, agressividade;
- Incidência cognitiva – défices de atenção, memória, organização percetiva, simbólica e conceptual.

2.3 Modelos da intervenção psicomotora.

Segundo Martins (2001), pode considerar-se que a intervenção psicomotora decorre segundo dois modelos, o instrumental e o relacional.

O modelo instrumental centra-se em situações problema de modo a proporcionar ao indivíduo a vivência de situações de êxito (Martins, 2001). Segundo o autor, a vivência de tais situações problema possibilita que o indivíduo possa romper com os seus bloqueios e resistências através da criação de uma relação entre a pessoa e ação. Segundo Martins (2001), este modelo dá mais atenção à relação entre os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento terapêutico. Nesta situação, para o autor, o psicomotricista procura apelar ao indivíduo a exploração de todas as suas

possíveis formas de expressão (motora, gráfica, sonora e plástica) com intencionalidade e consciencialização da ação.

Segundo Aragón (2007) o objetivo da psicomotricidade instrumental é o desenvolvimento global do indivíduo. Porém, este modelo destaca aspetos motores e cognitivos, tendo por base uma abordagem cognitivo-comportamental (Martins, 2001).

O modelo relacional tem por base uma influência psicodinâmica e segundo Martins (2001) realça a importância da experiência tónico-emocional e comunicacional de forma a envolver a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade, i.e. relação do estado fusional entre mãe-bébé.

A psicomotricidade relacional oferece ao indivíduo um espaço de liberdade que propicia o brincar e o jogo espontâneo (Almeida, 2005; Martins, 2001). Em ação o indivíduo expressa através do seu invólucro corporal (modificações tónicas, posturas e movimentos) as vivências tónicas-emocionais reais e imaginárias, em suma, a história pessoal do sujeito.

Segundo Martins (2001) a figura do psicomotricista na relação terapêutica potencia o desenvolvimento das intra e inter-relações, atuando como agente securizador, numa escuta ativa dos comportamentos e expressões do indivíduo num contexto terapêutico. O psicomotricista procura entender através das intencionalidades do indivíduo a sua elaboração mental, que como afirma Almeida (2005), começa desorganizada e progressivamente se estrutura no decorrer do processo terapêutico.

Vieira et al. (2005) atribuem a autoria desta corrente a André Lapierre, na década de 70, onde o corpo é visto, pelo próprio, como o lugar de toda a sensibilidade, afetividade, emoção da relação consigo e com o outro. Nesta linha de pensamento à luz da visão do modelo relacional, o corpo é um lugar de prazer, desejo, frustração e de angústia, onde a história pessoal do sujeito abarca a memória (consciente e inconsciente) das emoções positivas e negativas vividas pelo indivíduo na sua relação com os outros, em particular, com as figuras parentais (Vieira et al., 2005).

Em Psicomotricidade o corpo é enquadrado como o todo de um indivíduo que se encontra em constante aprendizagem e reorganização (se perante condições favoráveis), este mesmo corpo quando é trabalhado numa intervenção psicomotora não pode ser trabalhado num aspeto separado do seu desenvolvimento, mas sim na sua globalidade (Donnet, 1993).

Simha (2004) afirma que numa intervenção psicomotora o corpo assume uma importância fundamental, uma vez que é através dele que se vivencia a experiência, a representação, a consciencialização das sensações internas e se define a intencionalidade: o primeiro passo para exteriorização do que é sentido internamente.

Apesar de, quando se aborda a intervenção psicomotora num contexto literário, ser usuário encontrar a distinção entre os dois modelos da psicomotricidade, estas duas correntes não são divergentes, antes pelo contrário complementam-se, como afirma Martins (2001, p. 32):

a prática psicomotora é unificadora, no sentido em que veicula laços entre o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito, ou seja as possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento.

2.4 Metodologias de intervenção.

A psicomotricidade como terapia de mediação corporal promove a vivência da relação tónico-emocional, através do diálogo tónico-emocional, procurando reforçar no indivíduo a relação com o seu próprio corpo, a consciência do seu EU, das suas vontades e intencionalidades (Martins, 2001).

Antes de mencionar as principais metodologias de intervenção utilizadas em psicomotricidade, a estagiária irá descrever alguns processos inerentes ao diálogo tônico-emocional e à mediação corporal.

Segundo Coste (1977), o diálogo é uma comunicação (verbal e não-verbal) entre duas ou mais pessoas, em que o agente emissor envia uma mensagem formada por um conjunto de sinais, com significado ao agente recetor. Na linguagem verbal, estes sinais são constituídos por palavras, que no seu elemento mais simples se resumem à reunião de fonemas possíveis de ser interpretados. Numa linguagem corporal, os sinais de linguagem do corpo são expressos através de gestos, atitudes e comportamentos corporais, que se podem reduzir a elementos mais simples, alterações tónico-quinestésicas (Coste, 1977).

A compreensão da dimensão do diálogo tônico-emocional remete-nos para a compreensão do Tónus, das suas funções e das influências no desenvolvimento da identidade do sujeito. Segundo Coste (1977, p. 25) a função tónica é a base da fundamentação da abordagem psicomotora, sendo caracterizada como:

- Fenómeno nervoso complexo: responsável por todos os movimentos;
- Veículo de suporte das emoções;
- Manifesta-se em qualquer expressão da personalidade psicomotora do indivíduo e participa em todas as funções motoras (equilíbrio, coordenação, dissociação etc.);
- Suporta a comunicação não-verbal, a linguagem corporal;
- É um critério de definição da personalidade porque as suas modificações (tónicas) variam consoante as modificações dos estados da personalidade (inibição, instabilidade, extroversão, etc.).

Em suma, o tónus é um veículo da expressão e da comunicação gestual, mas também pelas suas flutuações afetivas, apresenta uma função de comunicação dos estados emocionais entre o indivíduo e o meio ambiente: diálogo tônico-emocional (Andre, Benavides e Canchy-Giromini, 1996).

Vários autores como Coste (1977), Contant e Calza (1990), Andre et al. (1996), Boscaïni (1997), Martins (2001) e Fonseca (2011), destacam Wallon e Ajuriaguerra como os autores de referência na fundamentação da importância do diálogo tônico-emocional na intervenção psicomotora.

Contant e Calza (1990) afirmam que, na perspetiva de Wallon, o diálogo tónico vivenciado na relação terapêutica remete-nos em parte, para o diálogo tónico vivenciado nos primeiros anos de vida na relação mãe-criança, onde as primeiras manifestações afetivas são manifestadas em resposta à sensibilidade tónica vivenciada (estados de desconforto e desagradáveis vs. estados de conforto, saciedade e prazer).

Andre et al. (1996) referem que para Ajuriaguerra o diálogo tónico entre a mãe e o bebé, permite ao bebé desenvolver as primeiras noções de identidade do EU, devido à vivência de alterações tónicas, como por exemplo, da hipertonía do apelo à hipotonía da satisfação.

A teoria de Ajuriaguerra, no que diz respeito ao diálogo tónico, baseava-se na ideia de que as manifestações tónico-emocionais evidenciam a expressão dos estados mentais na relação entre o movimento e o pensamento, o tónus e a psique (Coste, 1977).

Para Boscaïni (1998) o recém-nascido vive fisiologicamente uma descontinuidade tónica, experienciando componentes intracorporais e extracorporais a partir de um jogo de polos tónicos opostos, como pudemos observar na figura 1.

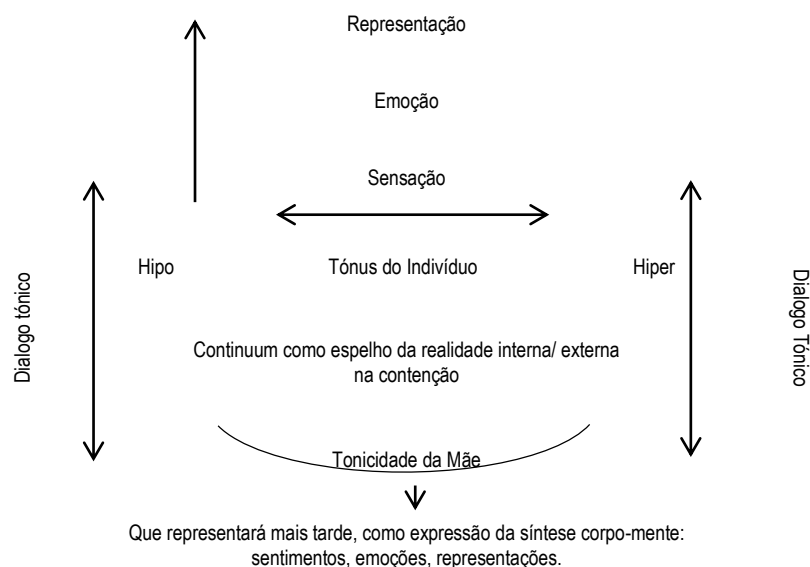


Figura 1: Descontinuidade Tônica do Indivíduo-Traduzido de Boscaini (1998, p. 88)

Como afirma Boscaini (1998, p. 85) o indivíduo, através da experiencição da função tônica, capta "a relação existente entre o tônus e a emoção, a palavra e a representação entre o corpo vivido e o corpo agido conhecido e representado".

Para além do estabelecimento do diálogo tônico-emocional Andre et al. (1996) identifica mais duas finalidades do toque terapêutico: a revalorização do corpo, e a contenção terapêutica, assim para o autor:

- A revalorização do corpo; por um lado pretende fazer interrogar o indivíduo a cerca dos possíveis significados atribuídos durante o contacto corporal; e por outro, permite ao terapeuta avaliar as manifestações do indivíduo durante a gestão do processo supracitado. Este processo visa reaproximar o indivíduo do seu próprio corpo, afirmando a integração do seu EU, e da sua identidade, através do cuidado, do prazer e do autocontrolo do EU corporal;
- A contenção, como o próprio nome indica, envolve um contacto corporal de contenção corpo a corpo, permitindo ao indivíduo experienciar sensações essencialmente cutâneas, quinesísticas e cinestésicas promovendo a consciencialização dos limites corporais e a coesão do corpo como um todo.

Falar de limites corporais é falar da influência das sensações propriocetivas e exteroceativas vinculadas pelo órgão pele. Nesta temática, pelos seus estudos acerca do órgão pele não é possível deixar de referenciar o autor Didier Anzieu.

Segundo Anzieu (1985) o órgão pele está interligado a diferentes órgãos dos sentidos internos (tato, pressão, dor, calor) e externos (audição, visão, olfato, paladar) exercendo diferentes funções: *função de iniciativa* porque prepara o corpo para sentir, *função de associação* porque liga as diferentes sensações cutâneas e *função de diferenciação*, por discriminar e localizar os limites da própria superfície corporal. Andre et al. (1996) vão mais longe, e redefinem o conceito de pele de Anzieu (1985), descrevendo-a como o principal veículo da comunicação primária e contentor do corpo-objeto, exercendo uma função de interface, i.e., limitando o que é interno do que é externo.

O recém-nascido através da sua pele (revestimento tônico/envelope tônico) responde aos estímulos internos e externos numa variação da tonicidade desde a hipertonicidade à hipotonicidade (Robert-Ouvray, 2007).

A hipertonicidade resulta das projeções das tensões internas e está associado a uma função de alerta e de proteção levando o recém-nascido a reagir quando está numa situação de desconforto (Robert-Ouvray, 2007). Esta, função de proteção, manifesta-se por um período de tempo enquanto o bebê sente que há a possibilidade de resolver a sua angústia e desconforto, no entanto, se o desconforto não for resolvido o estado de hipertonía procura apaziguar a dor, atuando como uma função de “atenuação - anestesia” (Robert-Ouvray, 2007, p. 167).

Segundo Robert-Ouvray (2007, p. 167) a hipertonicidade prepara o recém-nascido para a capacidade de se opor e enfrentar, “é a primeira forma de não à ausência, à dor, à doença e ao outro e também a primeira forma de desejo, de sim, de sim à relação e de sim ao mundo”.

A hipotonicidade está associada às funções de comunicação, o envelope tónico torna-se flexível e permeável à receção e integração das informações externas. Esta integração das sensações é o que permite ao recém-nascido alimentar a sensações de segurança e estabilidade emocional (Robert-Ouvray, 2007).

A intervenção psicomotora utiliza diferentes técnicas e atividades organizadas, que permitem que o indivíduo descubra e vivencie o seu EU e o envolvimento de forma a poder agir no seu corpo a cada situação adequadamente (Lièvre e Staes, 1992).

As principais metodologias de intervenção utilizadas em psicomotricidade, segundo o (REPP, 2010, artigo 9º, p.7 e 8) incluem técnicas de:

- Relaxação terapêutica e de consciencialização corporal – ao serviço da reelaboração do esquema e da imagem corporal e da vivência tónico-emocional da relação;
- Educação e reeducação gnoso-prática – visando o desenvolvimento das competências psicomotoras e a autorregulação do comportamento, através de uma relação entre a ação e a sua representação, ou seja, entre a praxia e a gnose;
- Expressão e lúdico-terapêuticas – privilegiando a comunicação não-verbal e a exteriorização tónico-emocional de problemáticas não suscetíveis de mediação terapêutica pela palavra;
- Recreação terapêutica e atividade motora adaptada – numa perspetiva de promoção da qualidade de vida.

Em todas as metodologias supracitadas o processo terapêutico, enfatiza a importância da participação ativa do indivíduo expressa através da sua intenção, desejo, espontaneidade, iniciativa e criatividade (Costa, 2008). Para o autor, a qualidade da relação que se estabelece com o indivíduo é influenciada pela expressão destes elementos.

De forma a promover a participação ativa do indivíduo, é necessário que o terapeuta tenha em conta não só as características pessoais do indivíduo como os seus interesses, tendo presente as seguintes dimensões: prazer, desejo, conceito de espaço pessoal, reconhecimento do próprio corpo e respeito pelos ritmos pessoais, de contenção e de relação (Boscaini, 1997).

Segundo Martins (2001) a criação de uma relação terapêutica é de extrema importância para o sucesso de uma intervenção psicomotora, pressupõe que exista da parte do terapeuta uma atitude de escuta e de aceitação associada a uma capacidade de criar empatia com o outro, de forma, a que este seja encarado pelo indivíduo como um parceiro aceite e desejado, um parceiro de jogo e de dinâmicas, um parceiro terapêutico.

Segundo Bucher (1970) a relação e as técnicas utilizadas pelo psicomotricista complementam-se e associam-se, não apenas para aumentar as possibilidades de

realização do indivíduo mas também com o intuito de aumentar a sua autonomia e equilíbrio entre o que são as suas realidades internas e externas.

2.5 Relação Terapêutica.

Soubiran e Coste, dois autores de referência na área da psicomotricidade, em 1975 refletiram sobre algumas questões relativas às qualidades do terapeuta e à relação terapêutica, que continuam a ser atuais, nomeadamente:

- A primeira atitude que o terapeuta deveria ter para com o seu cliente, é a de direcionar a sua disposição, para que este aja de uma forma livre e espontânea, expressando os seus conflitos com o exterior e as suas dificuldades, sensibilizando o terapeuta para possíveis problemas reais que podem estar por detrás da máscara comportamental. O terapeuta deveria assim, demonstrar uma atitude de receptividade, de modo a permitir que o indivíduo se revele em sessão. Este é, segundo os autores supracitados, um fator essencial que determinará a condução da intervenção terapêutica;
- O terapeuta não deveria apresentar-se com uma atitude moralista ou ideológica, antes pelo contrário, deveria abandonar os seus modelos e ideais profissionais, sob pena de não estabelecer um relacionamento genuíno e autêntico, alimentando uma relação fictícia;
- O terapeuta deveria ter uma atitude de disponibilidade e adaptabilidade em relação ao indivíduo, mas também necessita de estar resolvido naquilo que é o seu conhecimento de si, a sua confiança, a sua maturidade e o conhecimento do que são os seus limites. De forma a permitir que a pessoa que encara o papel de terapeuta, mantenha a sua imparcialidade, não fazendo julgamentos morais;
- Quando falamos de que em terapia psicomotora é essencial garantir ao indivíduo um enquadramento seguro, não falamos só do que são as condições materiais e ambientais que são favoráveis ao bem-estar do indivíduo, mas também das atitudes do terapeuta que são fundamentais para a permanência da noção de segurança no indivíduo: a sua imparcialidade;
- O terapeuta deveria adotar uma atitude permissiva mas de rigor (sem rigidez), de forma a conseguir impor os limites do que é o seu EU, e permitir ao indivíduo a independência necessária para que seja ele próprio a gerir e a consciencializar-se dos seus conflitos. Uma atitude terapêutica contrária ao que foi enunciado, poderá tornar o cliente demasiado dependente da figura que é o terapeuta, levando-o à sua contínua despersonalização pela instituição de motivações e intencionalidades, que representam as projeções da figura do terapeuta;
- Tal como o cliente, o terapeuta também é um ser em constante formação, devendo o mesmo, por consequente, procurar conhecer-se e consciencializar-se daquilo que são as suas experiências, conhecimentos, interações sociais e relações, de forma a preparar o seu corpo, a torná-lo disponível física e mentalmente em sessão;
- O estabelecimento de uma relação terapêutica, isto é, da relação entre cliente e terapeuta, depende da existência das seguintes variáveis, avaliadas pela classificação de Halkides, segundo Soubiran e Coste (1975, p. 207):
 - Grau de compreensão empática do cliente manifestada ao terapeuta;
 - Grau de afetividade positiva apresentado pelo terapeuta ao cliente;
 - Grau de autenticidade (congruência do terapeuta) ou a correlação entre as suas palavras e sentimentos;
 - Grau de concordância na intensidade emocional da reação do terapeuta às palavras do paciente.
- Esta classificação, é destacada pelos autores, pela forma como demonstra que a relação é um processo de constantes trocas, onde cada atitude é transformada numa reação realizada sobre o plano tónico, em resposta ao que expressa o outro;

- A afetividade domina a relação terapêutica, a gestão desta afetividade coloca em ação aquilo que são as experiências de atração e rejeição, profundamente ancoradas no plano tónico, do terapeuta e do cliente, tal facto, remete-nos para a questão do que são os limites do EU.

Segundo Donnet (1993), o papel do adulto não passa pela demonstração do que é correto ou errado, ou até da atitude e do comportamento mais adequado a cada situação. O adulto, em primeiro lugar, é um observador, e um agente que transmite um quadro de contenção e segurança, atuando como parceiro terapêutico do indivíduo e não como alguém que sabe mais do que este (Donnet, 1993).

É a capacidade de escutar, a disponibilidade e a comunicação (a todos os níveis, isto é, verbal e não verbal) do psicomotricista que determina a qualidade da relação terapêutica, e permite que o indivíduo se revele na sua forma mais espontânea (Donnet, 1993).

A terapeuta deverá contextualizar a criança, como afirma Boscaini (1997, p. 16) em relação às possibilidades que esta tem em se expressar, “sobre o plano corporal a sua problemática ao respeito do material, dos eventuais companheiros, e do psicomotricista”, devendo ser explicado também à criança que aquilo que esta revela em sessão será mantido em sigilo e que é de sua decisão contar apenas o que desejar.

Segundo Boscaini (2006) a relação terapeuta-criança, é uma relação corpo a corpo, onde se vive a dualidade entre o contacto e a distância. Para o autor é esta progressiva dualidade entre dois corpos que permitem à criança conhecer as relações de proximidade e afastamento, promovendo a possibilidade de esta definir as suas próprias barreiras e identidade, antes de se expor e abrir para o mundo simbólico.

Para Costa (2008), Aragón (2007) e Boscaini (2006) o psicomotricista deverá adquirir uma vivência com o seu corpo satisfatória, uma vez que é preciso ter uma boa relação com o seu corpo para oferecer uma disponibilidade interior, necessária ao processo de intervenção.

Costa (2008) refere-se à identidade do sujeito como uma identidade corporal. Sendo o corpo uma das ferramentas de trabalho do psicomotricista, segundo o autor, este profissional, deverá estar preparado para utilizar o seu corpo em relação, e nesse sentido, é essencial habitar confortavelmente nesse corpo para colocar as seguintes possibilidades corporais em terapia: toque corporal, aceitação do corpo do outro e a gestão do seu espaço pessoal.

2.6 Avaliação Psicomotora.

Um outro fator essencial na intervenção psicomotora, para além do que são os seus principais modelos, vertentes, técnicas e atitudes terapêuticas, é a avaliação.

Segundo Soubiran e Coste (1975) a avaliação psicomotora tem como objetivo estabelecer o perfil psicomotor do sujeito, permitindo ao terapeuta identificar os possíveis focos da sua problemática, expressa através do corpo, e compreender a sua relação no plano comportamental, afetivo e relacional do indivíduo.

Segundo Saint-Cast (2004) o problema/distúrbio psicomotor, não deriva de uma expressão unívoca, estável ou lesão/ disfunção circunscrita. Neste sentido, a avaliação contempla o indivíduo na sua globalidade e diversidade, ou seja, o seu funcionamento neurológico, emocional, relacional, cognitivo e social.

Segundo Soubiran e Coste (1975), também é objetivo da avaliação psicomotora avaliar as possibilidades sensoriais, quinestésicas e relacionais do indivíduo. Para o fazer, o psicomotricista tem à sua disposição diferentes abordagens:

- Com base num modelo de avaliação mais diretivo, utiliza instrumentos de avaliação, que nos remetem para uma referência à norma e /ou utiliza instrumentos que não estão validados a uma norma, mas que nos permitem avaliar áreas e domínios de interesse, com base em diferentes autores de referência;
- Segundo um modelo de avaliação não diretivo, o psicomotricista pode escolher avaliar o indivíduo com base no que é a sua ação espontânea, através da observação psicomotora (Saint-Cast, 2004).

Para Soubiran e Coste (1975) a observação psicomotora, tem duas grandes vantagens:

- Possibilita que o indivíduo revele a forma como funciona, fazendo a ponte entre os principais processos de desenvolvimento, maturação e adaptação do indivíduo e o modo como ele se expressa através do comportamento;
- Por outro lado, proporciona a identificação da expressão de uma patologia diferencial, que possa a vir a ser manifestada pelo indivíduo, através de atrasos, sequelas, descoordenações, não aquisições, discordâncias e regressões.

Já em 1970, Bucher, defende que o momento de avaliação não deverá ser infringido sem que seja explicado ao indivíduo, o seu porquê e o seu propósito, mesmo que por palavras simples. Esta conversa irá salvaguardar o terapeuta de possíveis reações de presença ou de oposição, i.e., constrangimentos no comportamento do indivíduo, se este perceber mais tarde que está sob avaliação e sob tensão de fazer corretamente as tarefas apresentadas (Bucher, 1970).

Para finalizar, Branco (2010) relembra as ideias de João dos Santos, alertando para a importância da presença de uma qualidade relacional na figura do psicomotricista, alegando que o sucesso do sujeito numa intervenção psicomotora não depende primordialmente da preparação científica do técnico, mas sim da qualidade da relação humana, que o psicomotricista consegue estabelecer com o seu cliente.

Enquadramento Institucional

O presente estágio decorreu na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), na resposta social do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra (CRPCC), mais concretamente no Departamento de Psicomotricidade.

Em seguida será apresentada a instituição supracitada, o CRPCC e o departamento onde a estagiária enquadrou a sua competência profissional, a Paralisia Cerebral como população alvo da instituição, sendo por último, fundamentada a importância de uma prática psicomotora nesta população.

1 Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

A APCC é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos de utilidade pública. A sua missão, enquanto entidade prestadora de serviços de solidariedade e segurança social, prende-se com a prevenção, habilitação, participação, inclusão social, e apoio à pessoa com PC e situações neurológicas afins e outras, e sua família (Estatutos da Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, 2013).

A presente instituição está sediada na cidade de Coimbra, e apresenta uma resposta a nível regional, i.e., a sua área geográfica de intervenção destina-se à região centro, que abrange os seguintes distritos: Guarda, Castelo Branco, Aveiro, Leiria e Coimbra (Estatutos da Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, 2013).

Atualmente a APCC, apresenta diversas respostas sociais, nomeadamente, ao nível da reabilitação; residências; centro de formação; centro de atividades ocupacionais e centro de atendimento, acompanhamento e animação da pessoa com deficiência (Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, s.d.-c). Em anexo A, p. 80, é possível consultar a estrutura organizacional da APCC em organigrama.

Segundo a Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (s.d.-b) na instituição é possível encontrar os seguintes serviços de suporte e apoio às respostas sociais: desporto; expressão plástica; gabinete de voluntariado; gabinete de divulgação e imagem; gabinete de projetos; serviço de transportes adaptados, e serviços de suporte abertos à comunidade: ludoteca; oficina do brinquedo; quinta pedagógica e quinta aventura.

A APCC é uma instituição acreditada pelo Ministério da Educação para apoiar crianças e jovens em contexto educativo. Este apoio concretiza-se através do Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) formado por uma equipa multidisciplinar com profissionais de diferentes áreas técnicas, como: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia e psicomotricidade (Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, s.d.-a).

O apoio do CRI da APCC, enquadra-se no contexto escolar propriamente dito, ou seja, a equipa desloca-se por norma à escola, contudo, o aluno pode ser apoiado nas instalações da APCC, em situações que se declarem vantajosas à realização da intervenção terapêutica, pela necessidade de equipamentos ou condições específicas, como por exemplo: na terapia psicomotora (pela sala equipada); na terapia ocupacional (pela existência de maior variedade de tecnologias de apoio); ou contexto de atividades específicas não existente nas escolas, como por exemplo, hidroterapia, snoezelen, hipoterapia, entre outras (Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, s.d.-a).

A APCC é uma instituição certificada, recebeu em 2012 o diploma de Certificação de Qualidade pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER), ao abrigo da norma ISO 9001: 2008. Em Maio de 2013, é certificada pela entidade European Quality in Social Services (EQUASS) como nível II correspondente ao EQUASS Excellence. Esta última certificação reconhece o trabalho desenvolvido pela instituição no sector

social, i.e., o seu trabalho na melhoria contínua dos serviços, no envolvimento e na participação de clientes, assim como em níveis elevados de satisfação de todos os intervenientes envolvidos (Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, 2013)

O presente estágio foi enquadrado numa das respostas sociais da APCC na área da reabilitação, nas instalações do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra (CRPCC), mais concretamente no departamento de Psicomotricidade, sediado na sala de psicomotricidade do referido centro. Em anexo B, p. 81, é possível consultar a descrição das instalações do CRPCC.

O CRPCC é um estabelecimento oficial com acordo de gestão entre a APCC e o Centro Distrital de Segurança Social de Coimbra, e os seus objetivos visam responder às necessidades básicas individuais do cliente; promover a qualidade de vida e o bem-estar da população alvo do centro; assegurar e criar condições necessárias à integração sociofamiliar do cliente; privilegiar a interação com a família e com a comunidade; contribuir para a formação técnica especializada dos profissionais, realizar ações de formação/informação para a prevenção, habilitação e integração da pessoa com deficiência e/ou incapacidade; e sensibilizar as entidades públicas e privadas para os problemas e necessidades destas pessoas e famílias (Regulamento Interno do CRPCC, 2012).

A admissão do cliente na instituição pressupõe um pedido que pode ser realizado pelo próprio, pela família e ainda por encaminhamento de outra entidade, como por exemplo, instituições e profissionais de saúde. Para poder ser admitido o cliente tem de estar abrangido pelos seguintes critérios de admissão: ter referência para consulta de seguimento de recém-nascidos e/ou ter um diagnóstico de PC, e/ou Doenças Neurológicas Afins e/ou Outras (Regulamento Interno do CRPCC, 2012).

Após o pedido de admissão o cliente é avaliado segundo o modelo de avaliação em Arena por uma equipa multidisciplinar constituída por diferentes profissionais, tais como, neuropediatra, terapeuta da fala, fisioterapeuta, psicomotricista, terapeuta ocupacional, enfermeiro e psicólogo, que em conjunto irão formular a decisão sobre o pedido de admissão (Regulamento Interno do CRPCC, 2012).

O acolhimento de um cliente no CRPCC leva à elaboração do processo individual do cliente, onde são colocadas as seguintes informações, pela respetiva ordem (Regulamento Interno do CRPCC, 2012): (1) identificação, (2) acolhimento, (3) avaliação interdisciplinar, (4) meios complementares de diagnóstico, (5) plano individual e plano de apoio pontual, (6) síntese de reuniões, (7) informação recebida e enviada, (8) outros (e.g., cópia do Boletim de Vacinas). Este processo fica guardado no secretariado em formato de papel e eletrónico, podendo ser consultado apenas por pessoal autorizado, respeitando a confidencialidade dos dados (Lei de Proteção de Dados - Lei n.º 67/98 de 26 de outubro).

Por cada cliente existe um técnico responsável, ou seja, um gestor de caso, que é responsável por assegurar a caracterização inicial dos clientes, i.e., sintetizar as avaliações, necessidades e potenciais da avaliação de todos os técnicos e elaborar os planos individuais de reabilitação, garantindo a sua implementação, monitorização e avaliação; assegurar que os serviços prestados são adequados às necessidades do cliente; apoiar os cuidadores (família) do cliente; identificar lacunas e falhas dos serviços da comunidade envolvente e melhorar a coordenação entre os prestadores de serviços (Manual de Funções do CRPCC, 2012).

O CRPCC apresenta aos seus clientes serviços de consulta médica com diferentes especialidades: neurologia; neuropediatria; pediatria; ortopedia; psiquiatria; pedopsiquiatria; otorrinolaringologia; oftalmologia; dermatologia; maxilo-facial (consulta da baba); neurofisiologia e nutrição. Apresentando também serviços de atendimento, consulta e tratamento nas seguintes áreas técnicas: serviço social; psicologia;

psicomotricidade; fisioterapia; terapia ocupacional; terapia da fala; hipoterapia; hidroterapia e musicoterapia (Regulamento Interno do CRPCC, 2012).

O trabalho de reabilitação desenvolve-se num contexto de equipas interdisciplinares, constituídas pelos elementos dos diferentes departamentos técnicos (Manual de Funções do CRPCC, 2012). Dentro de cada departamento técnico, existe ainda um profissional responsável, o coordenador, que tem a missão de assegurar a administração dos recursos humanos e materiais do departamento, tendo em conta os objetivos e atividades dos serviços prestados, de forma a promover a rentabilização dos recursos.

Atualmente, de forma a dar cobertura à região centro, o CRPCC apresenta cinco equipas técnicas interdisciplinares, Coimbra I, Coimbra II, Aveiro, Guarda/Castelo Branco e Leiria; e ainda mais duas equipas direcionadas para os serviços específicos que decorrem no espaço do centro, como é o caso da equipa de seguimento de recém-nascidos em risco e da equipa de Semi-Internato, responsável pelos clientes que frequentam a escola e jardim de infância da APCC (Regulamento Interno do CRPCC, 2012).

A própria definição de equipa interdisciplinar envolve o conceito de avaliação em equipa, neste sentido, existem algumas funções comuns aos diferentes técnicos, tais como: participar em equipa técnica interdisciplinar no processo de (re)habilitação/integração do cliente com necessidades especiais; participar nas primeiras consultas e nas consultas de reavaliação; participar e colaborar na elaboração, monitorização e avaliação dos Planos Individuais dos Clientes; desenvolver ações e implementar estratégias promotoras da qualidade de vida e saúde mental dos clientes (Manual de Funções do CRPCC, 2012).

A psicomotricidade, como resposta técnica na APCC data de 1995 e está enquadrada dentro do Departamento de Psicomotricidade. Este departamento conta com um único psicomotricista que se articula entre os diferentes técnicos das diferentes equipas de reabilitação, a sua intervenção terapêutica é operacionalizada com maior frequência na sala de psicomotricidade.

2 Departamento de Psicomotricidade

O Departamento de Psicomotricidade (DP) segue as mesmas diretrizes da Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2012a), para a intervenção psicomotora nas perturbações do desenvolvimento e aprendizagem, ou seja, a intervenção é de carácter reeducativo e terapêutico, e independentemente do diagnóstico, dirige-se a sujeitos com dificuldades ao nível das dinâmicas de desenvolvimento e aprendizagem, e comportamento onde também podem estar implicados problemas psicoafectivos de base relacional que comprometem a adaptabilidade do indivíduo.

As principais metodologias de intervenção utilizadas no DP incluem técnicas:

- de relaxação terapêutica e de consciencialização corporal;
- de educação e reeducação gnoso-prática;
- e de expressão e lúdico-terapêuticas.

A população alvo do DP enquadra-se na população-alvo da resposta da APCC, ou seja, pessoas com PC, doenças neurológicas afins e outras. No entanto, nem todas as crianças ou jovens que são atendidos pelo DP têm este perfil, o DP também direciona as suas respostas a pedidos provenientes do Agrupamento de Escolas Alice Gouveia, uma vez que, a APCC é uma instituição acreditada pelo Ministério da Educação para apoiar crianças e jovens em contexto educativo.

Como foi referido anteriormente o psicomotricista na APCC está integrado numa equipa multidisciplinar, constituída por outros profissionais de saúde e educação. A

articulação entre os diferentes profissionais é operacionalizada semanalmente em reunião de equipa, e ainda nas reuniões de discussão dos planos individuais de reabilitação, quando este profissional é um dos intervenientes.

No CRPCC a importância que é dada às reuniões de equipa vai ao encontro ao que nos diz a literatura, nomeadamente, Costa (2008) e Feuillerat (2005) defendem que é nas reuniões de equipa que se auferem reflexões, trocas de informação, pontos de vista e de experiências, permitindo conhecer melhor as particularidades de cada caso clínico que se discute. Estas reuniões permitem que os profissionais das diversas áreas conheçam melhor os focos de intervenção de cada profissão, aproveitando esse conhecimento para abranger terapêuticamente mais domínios do desenvolvimento biopsicossocial do cliente.

2.1 Processos institucionais.

O DP enquadrado dentro da dinâmica institucional, obedece os procedimentos vigentes no que diz respeito às seguintes etapas: encaminhamento de clientes para o departamento, elaboração e encerramento de planos individuais de reabilitação e o exercício da função de gestor de caso (Processos e Procedimentos de Realização do CRPCC, 2013).

O encaminhamento dos clientes para a consulta de avaliação do DP, de acordo com o observado ao longo do estágio, pode ocorrer de quatro formas distintas:

- a) O indivíduo é admitido na instituição e na primeira consulta de avaliação, a equipa multidisciplinar, conclui que a intervenção psicomotora é prioritária;
- b) O indivíduo já é cliente do CRPCC, e ao longo do seu processo terapêutico a equipa multidisciplinar propõe a avaliação do cliente ao DP;
- c) A família do cliente propõe ao seu gestor de caso o interesse numa avaliação psicomotora. Este pedido é discutido posteriormente em reunião de equipa e se se justificar é encaminhado para avaliação do DP;
- d) O Agrupamento de Escolas Alice Gouveia solicita através do CRI uma consulta de avaliação psicomotora, à instituição.

A decisão sobre a necessidade de intervenção e enquadramento no respetivo contexto terapêutico, é da responsabilidade do psicomotricista. A decisão acerca do início da intervenção psicomotora, tem em conta os seguintes parâmetros: avaliação do desenvolvimento psicomotor do cliente, identificação das necessidades interventivas prioritárias no indivíduo e vaga no horário de atendimento do psicomotricista.

Após realizada a avaliação, o psicomotricista a par dos outros técnicos envolvidos no processo de reabilitação do cliente, deve elaborar um projeto terapêutico tendo em conta as necessidades do cliente, delineando os objetivos da intervenção psicomotora.

Os objetivos terapêuticos das diferentes áreas técnicas assim como as suas informações gerais, necessidade e apoios do cliente, são agrupados no Plano Individual (PI) do mesmo.

O PI é elaborado pelo gestor de caso em conjunto com a família após a reunião de discussão do caso da equipa técnica. Este tem a validade de um ano civil, e prevê uma monitorização de avaliação intermédia, de forma a avaliar se os objetivos estipulados para o cliente se encontram adequados aos resultados até à data apresentados. Em anexo C, p. 82, é possível consultar o fluxograma dos procedimentos inerentes aos planos individuais.

Ao longo de cada sessão o psicomotricista regista no processo do cliente o conteúdo da mesma e a monitorização do seu desempenho, i.e., sempre que o conteúdo da sessão incidir nos objetivos específicos descritos no PI, o técnico deve registar o seu

sucesso com o número '1' ou seu insucesso com o '0'. Nas sessões em que são trabalhados outros objetivos pertinentes para o cliente, o DP tem como prática registrar a sessão como objetivo específico não trabalhado com a sigla 'NT', e com uma pequena descrição das atividades realizadas.

Tal como foi descrito anteriormente, o PI tem a validade de um ano civil, a meio do plano, ou seja, após cerca de 6 meses do seu início, todos os técnicos envolvidos no processo de reabilitação do cliente realizam a avaliação de monitorização, reunindo os registos das sessões contabilizando o número total de sessões onde foram trabalhados os objetivos específicos e a percentagem de sucesso dos mesmos.

Esse processo tem como intuito a avaliação da adequação do objetivo específico delineado. Se os objetivos forem possíveis de atingir até ao final do plano não são necessárias alterações ao PI. No caso dos objetivos delineados se revelarem já atingidos, ou não serem exequíveis, o técnico responsável deve realizar uma reformulação ao objetivo inicial.

Após reunião de equipa, o gestor de caso elabora um relatório sobre a monitorização e reúne com o representante legal do cliente com o intuito de comunicar a desempenho do cliente nas diferentes áreas terapêuticas.

No final do ano civil o gestor de caso reúne novamente com os técnicos que intervêm no processo de reabilitação do cliente, e realiza a contagem das monitorizações, ou seja, do número de sucesso e insucessos em cada área terapêutica, identificado o cumprimento ou incumprimento dos objetivos estabelecidos. À semelhança da avaliação de monitorização, é da responsabilidade do gestor de caso transmitir a síntese da avaliação final ao representante legal do cliente.

A elaboração do novo plano terapêutico está condicionada pelos resultados obtidos no plano individual anterior, podendo este diferir nos seguintes aspetos: objetivos, áreas terapêuticas (reduzir ou aumentar o número de terapias) e frequência do acompanhamento (aumento ou diminuição da frequência).

2.2 Valências do Departamento de Psicomotricidade.

Para além das funções que o psicomotricista possa ter como gestor de caso acima referidas, as funções do psicomotricista na APCC, enquadram-se em dois tipos de intervenção (Parreiral, 2013):

- Psicoterapêutica - diz respeito a um enquadramento próprio e privilegiado da criança decorre através de sessões de psicomotricidade com acompanhamento individual dos clientes em contexto sala e com acompanhamento individual ou de grupo em contexto equitação terapêutica.
- Lúdico-Terapêutica - as atividades no âmbito da intervenção Lúdico-Terapêutica, acontecem em contexto de grupo, e dizem respeito a duas atividades: Hidroterapia (em colaboração com o departamento de fisioterapia) e Zarabatana.

Como se depreende, o DP oferece e participa em diferentes tipos de sessões, terapias e projetos. Em seguida serão identificadas e descritas as atividades do Psicomotricista, de acordo com o seu nível de participação, i.e., o número de horas de exercício de cada valência.

2.2.1 Sessões de psicomotricidade.

As sessões de psicomotricidade, com acompanhamento individual dos clientes decorrem na sala de psicomotricidade no CRPCC, com uma duração de aproximadamente uma hora, e com uma periodicidade de intervenção semanal.

Esta periodicidade vai de encontro ao que nos diz a literatura, nomeadamente Donnet (1993) afirma que, sessões em terapia psicomotora deveriam ter uma periodicidade regular, uma vez por semana, sempre no mesmo dia, à mesma hora, aconselhando a autora, a duração de uma hora. O tempo limita a sessão e é um elemento fundamental na intervenção, uma vez que a frequência e a duração de uma sessão psicomotora permite ao cliente construir referências e organizar a sua estruturação temporal (Parreiral, 2013).

Na sessão de psicomotricidade existem dois fatores essenciais à intervenção, a sala responsável pelo enquadramento físico e o psicomotricista que permite um enquadramento psíquico (Parreiral, 2013).

2.2.1.1 Enquadramento físico.

A sala de psicomotricidade do DP é um espaço amplo com boa luminosidade, climatização, e com materiais e mobiliário, adequados à faixa etária predominante da intervenção: crianças e jovens. O espaço representa um ambiente seguro e organizado, dispondo de várias zonas promotoras do desenvolvimento de diferentes domínios, onde é possível encontrar material exposto (de livre acesso) ou arrumado (de acesso restrito). O material de acesso restrito pode posteriormente surgir em sessão.

Segundo Donnet (1993) a organização da sala é um dos princípios da intervenção. Uma sala de psicomotricidade com material ordenado, permite à criança encontrar um espaço previsível, seguro e calmo. Neste sentido, o autor não defende que todo o material se encontre imediatamente ao alcance do indivíduo.

Donnet (1993) defende uma sala de psicomotricidade que pode ser estruturada em diversos espaços (espaço de prazer sensorio-motor, espaço do jogo simbólico e espaço das representações/ construções) que propiciam o desenvolvimento de diferentes domínios, no entanto, esta diferenciação de espaços não envolve a necessidade de os demarcar com rigidez, i.e., com barreiras físicas. Para o autor, os espaços podem surgir ou desaparecer, consoante a idade do indivíduo, as suas necessidades instintivas e emocionais e as suas capacidades motoras, sendo que é importante para o autor, a possibilidade do indivíduo poder criar o seu próprio ambiente. Segundo Donnet (1993) o espaço onde o indivíduo investe, serve como testemunho da sua evolução, i.e., a exploração de só um dos espaços, ou a estagnação perante um deles pode ser um indício de uma dificuldade. Para o autor, o espaço físico onde é realizada a sessão (sala de psicomotricidade) permite que o indivíduo experiencie as suas intencionalidades, emoções, expressões, excentricidades e domínios de forma espontânea ou provocada (pelo psicomotricista), podendo o indivíduo alternar os seus estados tónico-emocionais: descargas pulsionais/tempos de construção (investimento); exploração/inibição; momentos de tensão/relaxação e momentos de explosões e de calma.

A sala de psicomotricidade do DP é uma sala pensada, adaptada, investida para responder aos objetivos que alimenta o psicomotricista em benefício do cliente. Este espaço permite a cliente organizar a sua estruturação espacial, oferecendo-lhe a garantia de permanência do seu enquadramento físico e psíquico de sessão para sessão num clima de confiança e segurança.

Nesta sala podemos encontrar diversos objetos/materiais com características diferentes (mobilidade, tamanho, cor, peso, responsividade, entre outras), que influenciam o comportamento do indivíduo em sessão e promovem o seu desenvolvimento motor, emocional, social, cognitivo e linguístico.

Martins (2001) refere que os objetos para além de permitirem o desenvolvimento de diferentes domínios, como a cognição, a motricidade, a linguagem, a interação entre outros, de uma forma lúdica, são prolongamentos e mediadores entre a pessoa e a

relação terapêutica. Para o autor, a escolha, de um material para introduzir em sessão tem em conta as seguintes dimensões: funcionalidade, utilização praxica e possibilidades de produção simbólica do objeto.

Nesta matéria Vieira et al. (2005) defendem que é necessário estar atento à simbologia dos materiais de forma a procurar entender a comunicação consciente e inconsciente, que o indivíduo transporta na escolha e na ação que direciona ao objeto. Segundo os autores, o objeto é um elemento facilitador da relação, sendo utilizado pelo indivíduo como objeto relacional. Os mesmos autores defendem que o indivíduo ao manusear o objeto pode evidenciar analogias de forma, função, sensação, comportamento e situação. Na mesma linha de pensamento Tavares (2005) afirma que, para além das características físicas de cada objeto ou material, é necessário ter em conta o seu potencial de ativação do imaginário.

Para Donnet (1993), o terapeuta deveria potenciar a sua criatividade, de modo a ajustar os materiais escolhidos pelo indivíduo aos objetivos terapêuticos deste, e modificar, se necessário, o espaço-sensório-motor se o indivíduo de alguma forma não está a demonstrar interesse e/ou não investe em determinado espaço ou objeto.

Donnet (1993, p. 24) apresenta-nos uma ideia de quais os materiais que podemos encontrar numa sala de psicomotricidade e de como os classificar:

- Material de base: espumas/esponjas, tecidos, bancos e espelho;
- Espaço do prazer sensório-motor: espaldar, bancos, cordas, tapetes, escadas (com cavidade se possível), túneis (rolos de tecido) - materiais moduláveis;
- Espaço de representação: blocos de madeira (de diferentes formas e tamanhos), quadro de ardósia, giz, lápis de carvão e folhas;
- Espaço do jogo simbólico: tecidos (vários tamanhos, cores), espumas (chapéus, bolsas, cintos) - materiais neutros (i.e., cuja forma não indicia a sua função);
- Material de reserva (armários): trampolim, cordas, bolas (de 1 m de diâmetro), jogos de tabuleiro, instrumentos de percussão, bolas (diferentes tamanhos, texturas e cores), arcos e argolas, capas de edredons, almofadas e sacos/bolsas grandes.

Na sala de psicomotricidade do CRPCC é possível encontrar todo o material supracitado, ficando a faltar enunciar uma secretária e as cadeiras (espaço essencial para a receção dos pais, quando é necessário realizar reuniões) e uma mesa de trabalho e respetivas cadeiras, ajustadas à estatura da faixa etária da população infanto-juvenil atendida.

Os objetos acima mencionados são neutros, i.e., permitem transformações, simbolizações, criações diversas. No DP o psicomotricista, apesar de todo o material que tem à sua disposição procura sempre que necessário adaptá-lo em função dos seus clientes.

Os objetos da sala são vistos pelo DP, como instrumentos que colocam o psicomotricista e cliente no jogo, favorecendo a expressividade e a criatividade do mesmo. Em intervenção psicomotora o objeto é um parceiro privilegiado do psicomotricista, mediador de um contacto, de uma relação, de uma comunicação, permitindo alargar o espaço relacional (Parreiral, 2013).

2.2.1.2 Enquadramento psíquico.

O quadro psíquico alberga os instrumentos internos do psicomotricista, das suas próprias competências, à semelhança do que nos diz a literatura (ver Enquadramento Teórico, Metodologias de uma prática profissional, 1.2.5 Relação Terapêutica, p.12) o comportamento e atitudes do psicomotricista suportam, apaziguam, acompanham e ajudam a transformar as manifestações dos clientes.

No DP o psicomotricista procura apresentar uma disponibilidade psicocorporal, i.e., esta presente no instante e consciente no encontro com o outro, colocando-se psiquicamente, emocionalmente e corporalmente ao serviço do cliente, respeitando os desejos do outro. Este profissional comunica com o cliente através do diálogo tónico-emocional, procurando descodificar e ajustar-se constantemente ao que diz o outro, num clima de segurança, confiança, permissividade e escuta.

2.2.2 Equitação terapêutica.

As sessões de psicomotricidade do DP em contexto Equitação Terapêutica são realizadas nas infraestruturas da APCC, mais concretamente no picadeiro da Quinta da Conraria. Este espaço é utilizado por diversos profissionais das diferentes áreas terapêuticas, que desenvolvem as suas respetivas intervenções na Hipoterapia ou na Equitação Terapêutica.

Segundo a Sociedade Hípica Portuguesa (2010) a equitação terapêutica é uma prática exercida quando os objetivos são psicomotores, direcionando o contexto terapêutico para uma vertente educacional, psicológica ou cognitiva.

A equitação terapêutica no âmbito da intervenção psicomotora utiliza o animal (cavalo ou pônei) como mediador terapêutico, usando os canais de comunicação não-verbal como um meio privilegiado para estabelecer uma relação (Parreiral, 2013).

A dinâmica motora e relacional que se encontra implicada no “montar a cavalo”, permite experienciar e restaurar uma imagem corporal por vezes desconhecida e mal vivenciada, favorecendo o desenvolvimento e exploração de diversos elementos que se enquadram dentro dos fatores psicomotores e de um quadro psicoafectivo e relacional (Parreiral, 2013). Segundo o autor, a equitação terapêutica promove os seguintes processos: harmonia tónica, diminuição do tempo de latência neurológica, coordenação e dissociação dos movimentos, iniciativa motora pela descoberta do prazer, aceitação de regras e do reconhecimento de limites; domínio corporal e emocional, a descoberta do esquema corporal, a adaptação ao ritmo, o sentido de equilíbrio, a lateralidade, a relação e partilha de espaço com as pessoas que se encontram no grupo equestre.

Equitação Terapêutica no âmbito da intervenção psicomotora tem como objetivo beneficiar todos os clientes que apresentem perturbações que impliquem dificuldades na harmonia do gesto e comportamentos inadequados/inadaptados. A duração de uma sessão pode variar entre 20 a 40 minutos, sendo que este serviço pode dar resposta aos clientes das diferentes equipas do CRPCC, de forma individual ou em grupo. Existem ainda alguns clientes externos à APCC, que usufruem desta intervenção pelo encaminhamento realizado pelo CRI.

2.2.3 Hidroterapia.

A Hidroterapia diz respeito a uma intervenção em meio aquático porque decorre na piscina do CRPCC, com uma periodicidade semanal e duração de uma hora e meia. Esta intervenção de grupo em meio aquático permite que os clientes de cada uma das quatro salas de aula, existentes na escola da APCC, possam usufruir do contexto aquático uma vez por mês.

Com base numa intervenção lúdico-terapêutica o projeto piscina oferece a estes clientes, todos eles crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos, a oportunidade de experienciar, explorar e investir no seu desenvolvimento psicomotor no meio aquático.

Os objetivos da intervenção dependem da idade da criança, do seu desenvolvimento psicomotor, assim como da sua patologia, sendo comum a todas elas o objetivo primordial de proporcionar uma experiência, lúdica, agradável e satisfatória, de forma vivenciar as seguintes situações (Parreiral, 2013):

- Descobrir o meio aquático assim como os efeitos de massagem e a carícia na pele;
- Permitir às crianças uma mediação através da água para aceder a uma melhor relação dinâmica de grupo;
- Promover a sua autonomia; vivenciar a variação tónica através da imersão;
- Descobrir a sensação de limite do corpo num confronto com a resistência da água.

2.2.4 Projeto Zarabatana.

A zarabatana é um instrumento em forma de tubo onde é possível introduzir setas (agulhas) e através do sopro expulsá-las com o intuito de acertar num alvo, como se pode observar figura 2.

Todo o processo exige concentração na colocação do material (suporte, alvos, setas, etc.), na criação de uma rotina de posicionamento do corpo, na inspiração até à realização do sopro e na memorização de um ponto no espaço (Parreiral, 2013).

Segundo Parreiral (2013) a zarabatana é indicada para crianças ou adolescentes que apresentem perturbações psicomotoras ou quadros clínicos motores graves, e funciona segundo uma prática de educação para a perceção, que permite ao próprio participante elaborar estratégias de resolução de problemas e focalizar a sua atenção sobre uma tarefa.



Figura 2: Jovem a Soprar na Zarabatana

Este projeto tem por base a autoinstrução do aluno, i.e., é o próprio participante, que tem a responsabilidade de ajustar o programa motor para a realização da tarefa, enquanto o psicomotricista assume a função de apresentar o reforço positivo de forma a aumentar a frequência de comportamentos desejados (Parreiral, 2013).

O projeto Zarabatana tem assim como principal objetivo, a potencialização da concentração na tarefa, num ambiente seguro, de confiança, de prazer e de autocontrolo (Parreiral, 2013).

Esta atividade acontece uma vez por semana, numa sala ampla com uma duração de aproximadamente 45 minutos, o que permite em média, realizar dez lançamentos de seis setas. O grupo que a frequenta é constituído por quatro clientes da escola da APCC, com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos.

Resumindo, as funções do psicomotricista na instituição a nível direto, dizem respeito: às intervenções psicoterapêutica (em contexto sala e contexto equitação terapêutica.) às intervenções Lúdico-Terapêuticas (hidroterapia e Zarabatana) e à gestão dos PI dos clientes, quando é o seu gestor de caso. A nível indireto este profissional participa nas reuniões de equipa e discussão de casos, reunião de coordenadores de departamento e reunião de direção clínica.

O próximo capítulo tem como intuito caracterizar as problemáticas mais frequentes da população atendida pelo DP, sendo fundamentada a importância da intervenção psicomotora e a sua pertinência na população com Paralisia Cerebral.

3 Paralisia Cerebral

A população atendida pela resposta terapêutica do DP, enquadra-se, como já foi supracitado, na população alvo da instituição mais especificamente nos clientes que pertencem a uma faixa etária infanto-juvenil maioritariamente com desenvolvimentos atípicos.

Neste sentido, a estagiária, considerou pertinente realizar um breve enquadramento das Perturbações do Desenvolvimento, no sentido de contextualizar a Paralisia Cerebral (PC), a população mais prevalente no atendimento da APCC.

O conceito de *Perturbações do Desenvolvimento* é “polissémico e sinonímico” conforme o objetivo do utilizador, por esse motivo, é cada vez mais necessário esclarecer e enquadrar o propósito da sua utilização. O termo *Perturbações do Desenvolvimento*, utilizado na língua portuguesa, engloba genericamente as múltiplas definições dos seguintes termos (Carvalho e Rodrigues, 2014):

- (Neuro)Developmental Disorders e,
- (Neuro)Developmental Disabilities.

Segundo Carvalho e Rodrigues (2014), as *Developmental Disorders* dizem respeito às perturbações de origem psicológica ou física, que ocorrem em determinados estádios do desenvolvimento. De acordo com as autoras, o sistema classificativo internacional DSM IV-TR divide as *Developmental Disorders* em *Perturbações Gerais* e *Perturbações Específicas do Desenvolvimento*. Nas *Perturbações do Desenvolvimento Gerais* considera-se que todos os domínios relativos ao desenvolvimento do indivíduo estão afetados, apesar do grau de comprometimento poder variar. As *Perturbações Específicas do Desenvolvimento* dizem respeito a perturbações que se cingem a alguns domínios do desenvolvimento do indivíduo, estando as restantes áreas não afetadas (Carvalho e Rodrigues, 2014).

Segundo Odom, Horner, Snell e Blacher (2009), as *Developmental Disabilities*, dizem respeito a um quadro clínico de perturbação, atraso ou dificuldade, que afetam um largo espectro de atividades humanas, das sociais às cognitivas, incluindo a comunicação, a aprendizagem, e o julgamento moral. Estas limitações encontram-se presentes à nascença consideram-se de natureza intrínseca ou biológica (com exceção de incidentes, que ocorrem durante o período do desenvolvimento da criança). Ou seja, para estes autores a PC enquadrasse dentro das *Neuro Developmental Disabilities*, uma vez que, é uma condição patológica que se encontra presente à nascença ou ocorre precocemente no desenvolvimento, onde ocorrem alterações no desenvolvimento neurológico, nomeadamente a nível do sistema nervoso central, com repercussões que se podem alargar a todos os domínios inerentes aos desenvolvimentos do indivíduo.

No quadro da deficiência, a PC é a deficiência motora mais frequente na infância, com uma percentagem de 2.08 dos nados vivos na Europa, e com uma percentagem de 1.87 dos nados vivos em Portugal (Andrada, Folha, Calado, Gouveia e Virella, 2010).

Segundo Miller e Clark (2002), o termo PC é identificado por uma série de síndromes clínicas heterogéneas que são caracterizadas por ações motoras e mecanismos posturais anormais, derivadas de anormalidades neuropatológicas não progressivas que acontecem num cérebro em desenvolvimento.

A definição de PC de consenso atual foi apresentada por Rosenbaum, Paneth, Goldstein e Bax (2007), este autor e seus colaboradores, descrevem a PC como um grupo de desordens permanentes no desenvolvimento da postura, movimento e função motora, que causam limitações à atividade, e/ou, participação nesta, devidas a perturbações não progressivas, que ocorrem num cérebro em desenvolvimento, durante o período fetal, peri-natal ou primeira infância.

Esta definição de PC sugere um grupo caracterizado por desordens, onde existe uma disrupção no normal processo de desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, que persiste ao longo do desenvolvimento, distinguindo a PC de desordens que fenotipicamente podem ser semelhantes em crianças ou adultos, mas que são devido a lesões tardias/adquiridas (Rosenbaum et al., 2007).

O termo *Desenvolvimento*, segundo Bax et al. (2005), direciona-nos a equacionar que estratégias se podem incluir nas intervenções, de forma a abordar possíveis consequências para o desenvolvimento ao nível das limitações funcionais, e os seus impactos numa trajetória de desenvolvimento. O mesmo autor e seus colaboradores, referem-se ao termo *Perturbação*, como os comprometimentos de processos ou eventos que influenciam e alteram o padrão de maturação cerebral esperado, resultando em danos permanentes, mas não progressivos no cérebro.

Segundo Bax et al. (2005) a expressão do quadro clínico da PC evolui com o tempo, o desenvolvimento, a aprendizagem, a formação, terapias, entre muitos outros fatores. Apesar da expressão clínica das lesões neuropatológicas na PC se poderem alterar ao longo dos diferentes estadios de desenvolvimento, à medida que o cérebro se vai tornando mais maduro, não existe uma doença ativa. (Miller e Clark, 2002; Rosenbaum et al., 2007).

Bax et al. (2005) referem ainda que é necessário excluir, do quadro de síndromes acima referidas, as síndromes associadas aos distúrbios da postura e do movimento, que são de curta duração, devido a doenças progressivas, e ainda os que se devem unicamente às dificuldades intelectuais.

3.1 Formas de Classificação da Paralisia Cerebral.

Segundo Rosenbaum et al. (2007, p. 12) “nenhum sistema de classificação é útil a menos que, ele, seja confiável²”, desta forma, os autores propõem que a classificação da PC seja abrangida pelas seguintes áreas: (a) anomalias motoras, (b) comprometimentos associados, (c) achados anatómicos e de neuroimagem e (d) causalidade e tempo.

Ao nível do primeiro ponto, *anomalias motoras*, o autor realça dois domínios que ajudam a classificação deste parâmetro, a descrição de:

- a natureza e a tipologia do comprometimento motor;
- as habilidades motoras funcionais.

(a) Anomalias motoras.

Assim, segundo Rosenbaum et al. (2007), a *descrição da natureza e tipologia do comprometimento motor* diz respeito às anormalidades relacionadas com a observação do tónus (hipo ou hipertonia) e distúrbios presentes no movimento (espasticidade, ataxia, distonia e atetose). Antigamente, os indivíduos que não apresentavam nenhum tipo de distúrbio mais dominante, eram caracterizados num grupo denominado de PC Mista. Atualmente, Rosenbaum et al. (2007) defendem que este termo não deverá ser utilizado sem uma descrição da componente do comprometimento motor, i.e., a sua localização topográfica e manifestação motora.

Esta estratégia também foi adotada pelo sistema de classificação descrito no Manual de Referência da Vigilância da Paralisia Cerebral na Europa, ao dividir de acordo com a classificação proposta pela equipa de Bax em 2005, a anomalia neuromotora predominante em três grupos: espástica, disquinética (distónica/ coreoatetósica), atáxica. Os critérios para a classificação dos subtipos de paralisia cerebral, definidos por Bax et al. (2005), foram, nomeadamente, PC:

² Do original: *No classification system is useful unless is reliable.*

- Espástica – caracteriza-se pelo aumento do tônus, reflexos patológicos, hiper-reflexividade, sinais piramidais, resultando na expressão de um padrão anormal da postura e do movimento. Na sua descrição, é comum especificar se é uma lesão unilateral ou bilateral, acrescentando a essa descrição o número de membros afetados. Este é o subtipo de PC mais frequente e está associada a uma lesão localizada no córtex cerebral ou nas vias subcorticais intracerebrais (Aragón, 2007);
- Atáxica – caracteriza-se por dificuldades na coordenação muscular, sendo os movimentos realizados com força, ritmo e destreza inadequados. São aspetos típicos: diminuição do tônus, ataxia do tronco e da marcha (perturbação do equilíbrio), dismetria (dificuldade em apontar e movimentos dirigidos aquém ou além do alvo) e tremor. Segundo Aragón (2007), este tipo de PC está associada a uma lesão localizada no circuito cerebeloso e afeta o sentido de equilíbrio e a gravidade;
- Disquinética – caracteriza-se por movimentos involuntários, descontrolados, recorrentes e ocasionalmente estereotipados, tônus muscular variável, predomínio de padrões de reflexos primitivos. Segundo Aragón (2007), está associada a uma lesão localizada nos circuitos extrapiramidais e nos núcleos da base. A PC disquinética classifica-se em dois subgrupos clínicos:
 - Distónica – caracteriza-se pela predominância de posturas anormais e hipertonia, onde os movimentos involuntários e movimentos voluntários são provocados por contrações musculares mantidas (rotação, flexão e extensão lentas das diversas partes do corpo);
 - Coreoatetósica – caracteriza-se pela predominância de hiperkinésia, hipotonia (tônus variável, mas principalmente diminuído).

Nos casos onde existem características de ambos os subgrupos, e é difícil a sua distinção, deverá ser utilizado o termo de PC disquinética.

Por último sempre que não é possível enquadrar o quadro clínico apresentado numa das definições anteriores, segundo Bax et al. (2005), deve-se classificar o tipo de PC como: não classificável

Na tabela 1, destaca-se a correspondência entre a nova e a antiga nomenclatura, sendo um dos elementos chave da mudança, a especificação do número de membros afetados no indivíduo com PC Espástica. Esta alteração tem como propósito uniformizar e aclarar a nomenclatura, de forma, a que os profissionais de saúde passem a classificar de igual modo.

Tabela 1: Descrição dos Subtipos de PC: Correspondência entre a nova e a antiga nomenclatura, segundo Rosenbaum et al. (2007).

PC	Antiga Nomenclatura Halberg (1983)	Nova Nomenclatura Rosenbaum et al. (2007)
Espástica	Hemiplegia	PC Espástica unilateral (especificar o número de membros afetados)
	Tetraplegia	PC Espástica Bilateral (especificar o número de membros afetados)
	Diplegia	
Ataxia	Diplegia	Ataxia
	Congénita	
Disquinética	Principalmente Distónico	Distónico
	Principalmente Coreoatetósico	Coreoatetósico

Segundo Rosenbaum et al. (2007), o *domínio da descrição das habilidades motoras funcionais* relaciona-se com a medida, em que, o indivíduo está limitado na sua função motora (incluindo função motora oral e função de voz). Para os autores, neste parâmetro, a Organização Mundial de Saúde tem também procurado sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de avaliar as consequências funcionais em

diferentes estados de saúde, através da sua proposta de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (vulgo CIF).

Rosenbaum et al. (2007) defendem que as consequências funcionais do envolvimento dos membros superiores e inferiores devem ser avaliadas em separado e classificadas de acordo com os objetivos de escalas funcionais.

Neste sentido, internacionalmente para avaliar a função de locomoção, tem sido utilizado o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS), que subdivide os indivíduos com PC em cinco níveis, de acordo com a sua independência e mobilidade funcional (Rosenbaum et al., 2007):

- Nível I – o indivíduo marcha sem restrições, corre, salta, apresenta velocidade, equilíbrio e coordenação reduzidas;
- Nível II – o indivíduo marcha sem dispositivos de compensação mas apresenta uma marcha com limitações fora de casa e na comunidade;
- Nível III – o indivíduo marcha com dispositivos de compensação, podendo utilizar cadeira de rodas em percursos de grande distância ou fora da comunidade;
- Nível IV – o indivíduo apresenta uma mobilidade reduzida, necessita de utilizar auxiliares de marcha extensos, com utilização de cadeira de rodas elétrica;
- Nível V – o indivíduo apresenta uma mobilidade severamente afetada, com a necessidade de utilização de equipamentos muito extensos para a manutenção da postura.

A escala adequa-se a diferentes grupos etários ao longo do desenvolvimento, mantendo a correspondência aos cinco níveis de funcionalidade, uma vez que as necessidades do indivíduo também se vão diversificando (Palisano, Rosenbaum, Bartlett e Livingston, 2007; Rosenbaum et al., 2007). Neste sentido, a escala está agrupada nos seguintes grupos etários: antes dos 2 anos; entre os 2 e os 4 anos; dos 4 aos 6 anos; entre os 6 e os 12 anos; e dos 12 ao 18 anos (Palisano et al., 2007).

Para avaliar o membro superior existem duas escalas (Bax et al., 2005): a *Escala da Função da Motricidade Fina Bimanual* (BFMF), e o *Sistema de Classificação da Habilidade Manual* (MACS).

A BFMF é uma escala que pretende avaliar a função de cada uma das mãos, sendo a sua forma de classificar a *função da motricidade fina bimanual do indivíduo, desenvolvida de acordo com cinco níveis, à semelhança do GMFCS* (Beckung e Hagberg, 2002, p. 310)

- Nível I – Uma mão manipula sem restrições; a outra mão manipula sem restrições ou tem limitações nas capacidades mais diferenciadas da motricidade fina;
- Nível II – Uma mão manipula sem restrições; a outra mão só tem capacidade de segurar; ou as duas mãos têm limitações nas capacidades mais diferenciadas da motricidade fina;
- Nível III – Uma mão manipula sem restrições; a outra mão não tem capacidade funcional; ou uma mão tem limitações nas capacidades mais diferenciadas da motricidade fina, e a outra só tem capacidade de preensão ou pior. A criança necessita de ajuda nas tarefas manuais.
- Nível IV – As duas mãos só têm capacidade de preensão; ou uma mão só com capacidade de preensão e a outra mão só com capacidade de segurar ou pior. A criança necessita de ajuda e/ou equipamento adaptado;
- Nível V – As duas mãos só com capacidade de segurar ou pior. A criança requer assistência total mesmo com adaptações.

O MACS classifica de uma forma global o modo como os indivíduos com PC entre os 4 e os 18 anos usam ambas as mãos para manipular objetos nas atividades de vida

diária (Eliasson et al., 2006, p. 554). Este instrumento, também classifica os indivíduos em cinco níveis:

- Nível I – Manipula os objetos facilmente com sucesso;
- Nível II – Manipula a maioria dos objetos mas com menos qualidade e /ou velocidade;
- Nível III – Manipula os objetos com dificuldade;
- Nível IV – Manipula na seleção de objetos facilmente manipuláveis, necessitando de adaptações e;
- Nível V – Não manipula objetos e tem limitações graves na realização de qualquer atividade, mesmo ações muito simples.

Ainda não existem escalas de referência internacional para avaliar as limitações no controlo da baba ou nas capacidades oromotoras, no entanto, são comuns as dificuldades nestas áreas (Rosenbaum et al., 2007).

Em Portugal, a avaliação da aptidão funcional das capacidades oromotoras, nas questões alimentares, é avaliada pela escala da Classificação do Desempenho da Alimentação (CDA) na fala, pela Viking Speech Scale (VSS), e por último, o controlo da baba pela escala de Classificação do Controlo da Baba (*Inquérito- programa de vigilância nacional da paralisia cerebral aos 5 anos de idade*, 2014).

(b) Comprometimentos associados.

No que diz respeito ao ponto (b), Avaliação de Comprometimentos Associados, segundo Rosenbaum et al. (2007) devem ser descritos neste âmbito a presença ou ausência dos seguintes problemas: músculo-esqueléticos adquiridos, e/ou acompanhados por comprometimentos não-motores do neuro-desenvolvimento, sensoriais (relacionados com convulsões, comprometimentos visuais e auditivos), de atenção, de comportamento e/ou comprometimento cognitivos. Os autores também aconselham, que sempre possível, a descrição de como é que estes comprometimentos afetam a interação do indivíduo no seu meio ambiente.

Com base no trabalho de diversos autores (como Yekutieli, Jariwala e Stretch, 1994; Ozturk, Oktem, Kisioglu et al., 2006; Karaman, Kaya, Caskurlu, Guney e Ergenekon, 2005; Pruitt e Tsai, 2009) Moreno-De-Luca, Ledbetter e Martin (2012) referem que à PC estão associados, para além dos problemas neuro-motores, comprometimentos ao nível dos seguintes sistemas: somatosensorial (proprioceptivos e estereognósticos) genito-urinário (enureses, infeções urinárias), gastrointestinais (disfagia, refluxo gástrico e obstipações), respiratório (pneumonias), e endócrino (problemas de crescimento). Mais ainda, estes autores estimam que em cada cinco indivíduos com PC, um apresenta problemas psicossociais e/ ou de comportamento.

Segundo Blondis (2004), com base nos seus trabalhos em (1996) e de Capute e Accardo (1996), a PC é considerada como um protótipo da deficiência devido à heterogeneidade visível na sua expressão clínica e ao *continuum* de comorbilidades associadas a esta condição, que incluem: limitações neuromusculares e ortopédicas, défices visuais e auditivos, convulsões, dificuldades intelectuais e condições psiquiátricas.

No capítulo Intervenção Psicomotora na Paralisia Cerebral, p.29, serão ainda descritos outros comprometimentos associados à PC que justificam a importância de uma intervenção psicomotora nesta população.

(c) Achados anatómicos.

Ao nível dos *Achados Anatómicos* Rosenbaum et al. (2007), aconselham o registo da distribuição anatómica, ou seja, as partes do corpo afetadas por deficiências motoras ou limitações. Para os autores, a neuro-imagem pode ajudar a evidenciar as perdas ou anomalias cerebrais.

(d) Descrição da causalidade e do tempo.

A descrição da causalidade e do tempo é por vezes uma tarefa limitada, Rosenbaum et al. (2007) defendem que sempre que é possível identificar uma causa clara, como é geralmente o caso da PC com etiologia pós-natal ou quando é possível identificar malformações no cérebro, realizar o seu registo i.e., mencionar sempre que possível a linha temporal presumível para a lesão.

Segundo Levitt (2001), o quadro clínico da PC não é um conjunto estático, este, tem foco numa lesão cerebral num cérebro imaturo, ou seja, em desenvolvimento, e neste sentido, apesar de não ser uma lesão progressiva, as manifestações alteram-se à medida que o sistema nervoso amadurece, podendo estas alterações desenvolverem-se durante anos.

Segundo Colver, Fairhurst e Pharoah (2014), é possível que as crianças com PC apresentem mais dificuldades psicológicas que as crianças com um desenvolvimento dito típico. Tal facto é explicado pelos autores devido ao comprometimento das vias neurais ou redes que regulam emoções e comportamentos e que dificultam a capacidade adaptativa do indivíduo.

Com o intuito de difundir conhecimentos sobre a PC, i.e., vigilância dos dados epidemiológicos, monitorizar o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos e criar boas práticas de forma a poder melhorar e desenvolver o nível de cuidados prestados às crianças com PC, Portugal integra desde 2005, o Programa Europeu, intitulado de *Surveillance of Cerebral Palsy in Europa* (SCPE), sob o título de Programa Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos (*Surveillance of cerebral palsy in Europe*, 2014).

Segundo Andrada et. al., (2010) os dados recolhidos pelo Programa de Vigilância Nacional da PC permitiram em 2010 a primeira divulgação da análise realizada a 201 casos referenciados até aos 5 anos, num coorte de crianças nascidas entre 2001 e 2006. Neste estudo podem ser conhecidos alguns dados epidemiológicos sobre a PC em Portugal (Andrada et al., 2010):

- O conhecimento e prevenção dos principais fatores de risco, que estão na génese da PC (e.g. Etiologia presumível: Lesão associadas à grande prematuridade (22,8%), Insulto Pós-neonatal (12,6%), Encefalopatia hipoxico-hipoxémica perinatal (9,7%), Anomalia Congénita do SNC (6,3%); Infecção Fetal (5,3%), Casos Sindrómicos (0,5%) e Causa não apurada (42,2%);
- Comorbilidades associadas (e.g. no presente estudo, foram apontadas as seguintes comorbilidades: a Epilepsia, Luxação da Anca, Défice Ponderal e Excesso de Ponderal);
- Prevalência das formas clínicas da PC (eg. a principal sub-tipo de PC é a espástica (85,1%); seguindo-se a PC Disquinética (10%), a PC Atáxica (3,5%); e a PC não classificada com (1,5%).

Segundo Andrada et al. (2010), o facto da definição de PC ser apresentada na literatura, como uma situação de difícil caracterização, de natureza e expressão heterogénea e complexa, o seu diagnóstico exige a avaliação e acompanhamento de uma equipa multidisciplinar.

3.2 Intervenção Psicomotora na Paralisia Cerebral.

Francis Raynard (1994), através do seu livro *Redonner vie au mouvement*, é um dos primeiros autores a descrever a função e a importância do psicomotricista na intervenção com pessoas com patologia motora. Por este motivo se esclarece a considerável fundamentação ao longo do presente capítulo, com base na sua obra.

O trabalho do psicomotricista com pessoas diagnosticadas com PC, desenvolve-se através de técnicas específicas, não sendo o intuito da intervenção terapêutica o tratamento dos comprometimentos do ponto de vista de uma doença do sistema nervoso central, mas sim, a intervenção é justificada pelas consequências e manifestações da expressão desses comprometimentos, a nível direto e indireto, no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (Raynard, 1994).

Diferentes tipos e gravidades motoras que uma pessoa com PC pode expressar assim como a sua frequência e comprometimentos associados, levaram Rodrigues (1998), a considerar a possibilidade de olhar para a PC como uma condição de multideficiência.

As desordens motoras na PC são muitas vezes acompanhadas por perturbações ao nível da sensação, visuo-percetivos, cognição, comunicação, comportamento, epilepsia e por problemas músculo-esqueléticos secundários (Rosenbaum et al., 2007).

Segundo Levitt (2001), nem todos os indivíduos com PC apresentam deficiências associadas, no entanto o comprometimento físico característico da PC, limita as aquisições e experiências do indivíduo na exploração do seu envolvimento.

Para este autor, a explicação para os distúrbios de percepção manifestados na PC, deve-se às limitações físicas supracitadas. No entanto, o autor deixa em aberto se estas limitações físicas são o foco de causa dos distúrbios de percepção, ou se estes se devem a um problema orgânico já existente, e são apenas agravados pelo comprometimento físico dos indivíduos (Levitt, 2001).

Para Raynard (1994), o psicomotricista procura lutar contra o silêncio do corpo, na tentativa de não conotar de patológico alguns comportamentos motores com significação psíquica. Estes comportamentos são incontrolláveis, e residem no dia-a-dia do indivíduo como parasitas do comportamento gestual, interferem na organização do gesto motor e aproveitam-se do desejo de um corpo que se quer expressar mediante dada relação emocional.

É comum nomear um gesto mal executado, ou incomum como problema psicomotor, no entanto, a diferença é determinada da seguinte forma por Raynard (1994): encontramos-nos perante um problema psicomotor, quando existe a presença de sinais neurológicos evidentes que não são explicados pela causa da patologia ou deficiência.

Nesta linha de pensamento, Boscaini (2003) classifica os problemas psicomotores expressos na PC como distúrbios funcionais do tipo quantitativo, uma vez que derivam de lesões orgânicas, à qual se associaram outras problemáticas tónico-emotivo-funcionais, agravando a sintomatologia inicial.

Os problemas psicomotores são indissociáveis do contexto em que o indivíduo está inserido, assim como do seu desenvolvimento (Bucher, 1970).

Segundo uma perspectiva evolutiva, os problemas psicomotores e as suas evidências surgem como sintomas de uma disfunção, cuja sua existência pode advir de múltiplos fatores, sendo difícil diferenciar e medir as influências dos comprometimentos, que advém dos processos psicoafectivos e/ou de uma alteração funcional, à exceção dos comprometimentos com etiologia conhecida de origem deficitária (Bucher, 1970).

O psicomotricista dá prioridade à expressividade do movimento, procurando converter o mesmo em gestos que sejam possíveis de inserir/ introduzir socialmente (Raynard, 1994). Para o autor, o psicomotricista não se preocupa em instaurar ou restaurar a ideia do que seria um movimento ideal, um gesto bem feito, o seu objetivo reside na diretriz de que o movimento possibilita a reflexão do psiquismo.

Numa perspectiva clínica, o diálogo tónico aparece como um elemento organizador dos problemas tónico-emocionais, presentes quase sempre na PC (Boscaini, 1998).

Segundo o autor os indivíduos com PC podem manifestar patologia tónico-motora dupla, i.e., para além da patologia motora que tem uma manifestação tónica, o indivíduo com PC também pode apresentar um diálogo tónico com alterações.

Boscaini (1998) considera que os indivíduos com PC possam beneficiar de uma terapia instrumental como a fisioterapia, mas também de uma terapia de mediação corporal como a psicomotricidade. Os indivíduos com PC devem entender o tónus como a base do movimento e da emoção, ambos elementos indispensáveis no desenvolvimento do pensamento, da linguagem e da autonomia (Boscaini, 1998).

A única via através da qual é possível entrar em contacto com indivíduo com PC que não tem acesso à linguagem verbal é o corpo (Boscaini, 1998). De forma a reforçar a comunicação com o indivíduo, o mesmo autor defende que é preciso compreender a importância da individualização das suas respostas corporais, i.e., individualizar a sua motricidade, olhar e mimica, os esboços do movimento repetitivo, os seus primeiros ritmos e tudo ao que o movimento está prefigurado: o desejo, o gesto, o ato e a intencionalidade.

Rodrigues (1998)³ procura explicar as consequências das limitações físicas na PC, baseando-se nas obras de autores da década de 60, Wedell e Melzack, que afirmam que tal privação, diminuição ou comprometimento do movimento, pode influenciar um diversificado leque de áreas comportamentais, tais como: a capacidade perceptiva, o esquema corporal e a organização espacial.

A percepção segundo Rodrigues (1998) é descrita como a capacidade de identificar, discriminar e relacionar adequadamente estímulos. O autor, recorre à obra de Piaget (1975), para se referir à capacidade perceptiva como um processo construtivo que procura assimilar, compreender e integrar a informação percebida das propriedades de um objeto presente.

Através do estudo de referência na década de 70 por Stochi, sobre o desenvolvimento da função visuomotora, foi possível comprovar que comparativamente com as crianças com um desenvolvimento típico, as crianças com PC, apresentam um ligeiro atraso ao nível do reconhecimento e um atraso considerável ao nível das capacidades de reconstrução, sendo importante identificar a diferença entre os testes que avaliam a percepção espacial, dos testes que avaliam as capacidades visuo-motoras (Rodrigues, 1998).

A psicóloga Abercrombie em 1969, defendia que a percepção espacial só é possível quando é operacionalizada na relação ou diferenciação entre objetos de diferentes formas, tamanhos e posições, ou seja, a capacidade visuomotora diz respeito à manipulação de relações espaciais, operacionalizada através da reprodução de modelos ou encaixes de blocos (Rodrigues, 1998).

Rodrigues (1998), identificou vários estudos (Floyer, 1955; Caldwell, 1956 e Abercrombie, 1968), que já na década de 50 e 60, eram unânimes nas suas conclusões de que existem dificuldades significativas na organização espacial da população com PC, quando comparada com a população dita normal. No entanto segundo o autor, a correlação entre as dificuldades supracitadas e as diversas características da criança, como por exemplo a funcionalidade motora, ainda não são conhecidas.

Através do estudo de Albitreccia em 1958, que procurava definir a correlação entre as perturbações do esquema corporal e problemas físicos e escolares associados às crianças com PC, foi possível identificar dificuldades no sentido do ritmo, noção de

³ O autor David Rodrigues, professor de educação especial, conduziu uma investigação que constituiu a primeira tese de doutoramento em Portugal sobre crianças com Paralisia Cerebral em 1986. Em 1988, publica um livro intitulado de Corpo, Espaço e Movimento, centrando-se na representação espacial do corpo em crianças com Paralisia Cerebral. À semelhança do autor Francis Raynard, é assim justificada a considerável referência à obra de David Rodrigues.

tempo e desorientação do esquema corporal (Rodrigues, 1998). No mesmo ano, Williams, ao estudar as relações espaciais e o esquema corporal nas crianças com PC, concluiu que estas evidenciam dificuldades na indicação das direções básicas (cima/baixo, frente/trás; esquerda/direita), na avaliação das distâncias e no esquema corporal (Rodrigues, 1998).

Segundo Levitt (2001), os distúrbios visuomotores e apraxias são quadros clínicos visíveis na PC, levando a que o indivíduo tenha dificuldades no planeamento motor e interferindo na capacidade deste, em realizar certos movimentos motores, devido a padrões/ engramas, que ao longo do desenvolvimento não se desenvolveram ou não foram estimulados, e se acabaram por perder.

A atividade motora contribui para a formulação de representações internas, essenciais à organização espacial, segundo Paillard (1971) citado por Rodrigues (1998), os programas terapêuticos e pedagógicos das crianças com PC deverão incentivar as praxias, i.e., os movimentos voluntários e intencionais.

A abordagem terapêutica em psicomotricidade procura decifrar o corpo como um código na sua comunicação e expressões corporais, facilitando a expressão deste código através da sua exteriorização e ou modificação (Raynard, 1994).

Para Raynard (1994) os problemas psicomotores na PC apresentam-se segundo duas categorias sintomáticas, ou seja, com traduções motoras e com traduções relacionais. Uma das traduções motoras característica da população com PC é expressa por um défice ao nível do gesto apresentando o indivíduo expressões e gestos desajeitados ao nível das atividades funcionais, das manipulações e nos jogos; gestos com lentificação psicomotora e uma discrepância corporal generalizada (o indivíduo não sabe utilizar o instrumento que é o seu corpo). Ainda ao nível das expressões motoras, segundo Raynard (1994), deparamo-nos na PC com défices ao nível do esquema corporal, cujas principais manifestações são expressas pela dificuldade de dissociar as partes do corpo, associação de movimentos, sincinésias e paratonias (incluindo espasmos musculares e incapacidade de relaxar).

Para Raynard (1994), os sintomas motores apresentados na PC estão relacionados com conhecimento do espaço, dificuldades neste domínio, repercutem-se pelas problemáticas expressas ao nível da lateralidade, da relação espaço-tempo, das distâncias, que por sua vez, estendem a sua expressão aos problemas escolares na leitura, escrita e cálculo. O autor também menciona a ocorrência de dificuldades ao nível da coordenação e equilíbrio, habilidade manual e organização temporal, dificuldades de coordenação e problemas tónicos evidentes.

Segundo uma sintomatologia relacional, deparamo-nos com manifestações relacionadas com problemas ao nível do comportamento (Raynard, 1994).

Durante a infância a criança com PC apresenta um comportamento que pode ser descrito como inibido, submisso e passivo, e á medida que cresce, pode apresentar dificuldades ao nível da imagem do corpo, marcada pela perceção de uma imagem física diferente, atípica, desvalorizada e desvalorizadora (Marcelli e Cohen, 2010)

Segundo Marcelli e Cohen (2010) os problemas afetivos da criança com PC dependem da sua reação e reação da família em relação aos comprometimentos associados e do grau de comprometimento cognitivo. Já para Raynard (1994), a criança com PC facilmente atrai a atenção e preocupação do seu seio familiar e escolar, levando a que a própria possa desenvolver uma reatividade particular (agressividade, depressão, suscetibilidade, labilidade, entre outras) nestes ambientes.

No que diz respeito ao estabelecer de relação, o indivíduo com PC pode ter dificuldades acrescidas derivadas dos possíveis comprometimentos visuais e auditivos, associados aos problemas de ordem percetiva. E ainda, dificuldades causadas pelos problemas ao nível da linguagem e da articulação de palavras, que podem ser

originados por diferentes razões, como por exemplo, dificuldades afetivas (Raynard, 1994).

Segundo a APP (2012a, p.2) nas perturbações do desenvolvimento e dificuldades de aprendizagem, “o psicomotricista intervém a partir de propostas de carácter motor e com recurso às componentes verbal e não-verbal da comunicação em situações onde são visíveis os sinais de comprometimento psicomotor”, nomeadamente:

- Dificuldades na aprendizagem dos processos simbólicos – leitura, escrita e aritmética;
- Dificuldades na gestão dos processos de atenção - seleção, focalização e coordenação de estímulos;
- Problemas de memória e percepção – identificação, discriminação e interpretação de estímulos visuais, auditivos ou tácteis;
- Problemas emocionais – instabilidade emocional, baixa autoconfiança, baixa tolerância à frustração;
- Problemas na autorregulação do comportamento – impulsividade, agitação, desinibição agressividade, oposição);
- Problemas em outras funções executivas – capacidade de planeamento, a monitorização da própria ação, a capacidade de síntese e análise; e,
- Problemas psicomotores propriamente ditos – dificuldades na regulação tónica no equilíbrio na estruturação espaço-temporal, na noção do corpo, na lateralidade, na motricidade global, na motricidade fina manual e na oculo-motricidade.

Aragón (2007) descreve algumas das características dos indivíduos com PC e respetivas áreas/ domínios onde os mesmos podem manifestar dificuldades, como se pode observar na tabela 2.

Tabela 2: Características e Intervenção Psicomotora da PC, segundo Aragón (2007).

Características psicomotoras		Intervenção psicomotora
Desenvolvimento corporal <ul style="list-style-type: none"> • Atividade reflexa primitiva • Tónus muscular atípico • Défices sensoriais 		Relação com o corpo <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do esquema corporal • Controlo postural • Tónus muscular • Membros e possibilidades de movimento
Desenvolvimento socio-afetivo <ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de frustração • Depressão e isolamento • Dependência Afetiva • Irritabilidade 	Reeducação do esquema corporal <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios Ativos e passivos • Coordenação dinâmica geral • Desenvolvimento do equilíbrio • Relaxação 	Relação com o espaço <ul style="list-style-type: none"> • Espaço que se utiliza
Desenvolvimento cognitivo <ul style="list-style-type: none"> • Dependente do lugar da lesão • Fortemente influenciado por: <ul style="list-style-type: none"> - recursos adaptados - experiência de êxito - motivação 	Reeducação do esquema espacial e temporal <ul style="list-style-type: none"> • Situações educativas para favorecer a organização dos referenciais espaciais e temporais 	Relação com o tempo <ul style="list-style-type: none"> • Tempo que necessita para iniciar tarefa • Tempo para realizar a tarefa
		Relação com os objetos <ul style="list-style-type: none"> • Manipulação • Exploração • Interesse
		Relação com os outros <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de relação • Comunicação • Como comunica

A intervenção terapêutica junto da população com PC, segundo Colver et al. (2014) tem em conta duas premissas fulcrais: em primeiro lugar uma intervenção planeada, realizada e validada por uma equipa multidisciplinar, tendo em conta aquilo que são as necessidades e escolhas da respetiva família do indivíduo; em segundo lugar, uma intervenção que contemple que as dificuldades evidenciadas pelo indivíduo com PC, i.e., uma intervenção que não se restringe às desordens de ordem motora, e que equaciona a hipótese de existência de comorbilidades.

Como foi descrito anteriormente, a PC é uma condição heterogénea que nos presenteia com uma multiplicidade de expressões, neste sentido, todos os

comprometimentos psicomotores supracitados, são possíveis de ser contemplados no levantamento das necessidades da intervenção psicomotora com um indivíduo com PC.

O enquadramento da intervenção do DP na instituição à semelhança do que afirma Raynard (1994) justificada pelas consequências e manifestações da expressão dos comprometimentos derivado da PC, a nível direto e indireto, no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. No DP, o psicomotricista na sua intervenção em clientes com PC apresenta, entre outros, os seguintes objetivos:

- potenciar no indivíduo a organização do seu gesto motor e personalização do mesmo;
- procurar ajudar o indivíduo a regular a manifestação das suas emoções a nível tónico e consequentemente a organizar-se a nível psíquico;
- melhorar a relação do indivíduo com a sua imagem corporal, levando o sujeito a refletir acerca da sua identidade.

Realização da Prática Profissional

A presente secção do relatório tem como intuito enquadrar a intervenção psicomotora na APCC, mais especificamente no DP do CRPCC. Para tal, será primeiramente contextualizado os modelos em que o estágio se desenvolveu, sendo de seguida caracterizada a população acompanhada pelo DP. Por último serão apresentadas outros tipos de atividades e intervenções desenvolvidas pela estagiária na instituição assim como as dificuldades sentidas ao longo do estágio.

1 Caracterização das Fases de Estágio

O estágio curricular teve a duração de 10 meses, de outubro de 2013 a julho de 2014, e foi realizado de segunda a sexta-feira, das 9 às 17 horas.

Neste sentido, a psicomotricista estagiária teve contacto com todas as respostas interventivas do departamento, realizadas de acordo com a frequência e periodicidade enunciadas na tabela 3.

Tabela 3: Horário da estagiária consoante as diferentes valências no departamento.

Horas	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9H	Psicomotricidade	Equitação Terapêutica	Psicomotricidade	Psicomotricidade	Trabalho Autónomo
10H	Psicomotricidade	Equitação Terapêutica	Psicomotricidade	Psicomotricidade	
11H	Psicomotricidade	Equitação Terapêutica	Psicomotricidade	Psicomotricidade	
12H	Registos	Equitação Terapêutica	Registos	Psicomotricidade	
13H	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14H	Hidroterapia Piscina	Equitação Terapêutica 5 Clientes-CRI	Psicomotricidade	Psicomotricidade	Reunião Equipa Semi-internato
15H		Equitação Terapêutica	Psicomotricidade	Zarabatana	Reunião Equipa Semi-internato
16H	Psicomotricidade	Equitação Terapêutica	Psicomotricidade	Psicomotricidade	Reunião de outras Equipas

O facto de a estagiária intervir em horário laboral do psicomotricista fez com que presença física do mesmo fosse uma constante ao longo das sessões. Este profissional participou inicialmente nas sessões dirigidas pela estagiária, mas assumiu progressivamente um papel mais passivo, dependendo de cliente para cliente.

O presente estágio evoluiu segundo três etapas, fase de observação, fase de intervenção supervisionada, e fase de intervenção autónoma. Estas etapas não se podem demarcar em termos temporais por uma data em concreto, uma vez que a mudança entre as fases supracitadas ocorreu consoante o grau de adequação da intervenção da estagiária às necessidades dos clientes.

Fora do âmbito interventivo direto, a estagiária realizou ainda outras atividades que se inserem na ordem do plano institucional, como por exemplo, as reuniões de equipa, com pais, nas escolas e atividades junto da comunidade. A calendarização do estágio pode ser consultada em anexo D, p. 83.

1.1 Fase de Observação.

A fase de observação iniciou-se quando o orientador local apresentou a estagiária a cada departamento/sector da instituição, mostrando-lhe as instalações do CRPCC. Esta apresentação constituiu um marco importante na relação da estagiária com os colaboradores da APCC, uma vez que lhe permitiu alguma independência na sua deslocação dentro do CRPCC, passando a ser reconhecida e identificada pela sua área profissional.

A par desta apresentação, foram ainda agendadas reuniões com os diferentes departamentos (fisioterapia, terapia da fala, psicologia, serviço social) e gabinetes/sectores do CRPCC (gabinete de voluntariado, de comunicação e imagem, de qualidade de vida, de projetos e a ludoteca) com o seguinte intuito: possibilitar à estagiária um melhor conhecimento de cada serviço e identificar as funções de cada profissional na respetiva resposta social, reconhecendo a importância dessa diversidade numa equipa multidisciplinar.

Nas primeiras duas semanas a estagiária foi convidada a observar e a participar em algumas intervenções do psicomotricista, o que lhe possibilitou conhecer a sua dinâmica de intervenção, os clientes e o espaço - sala de psicomotricidade, i.e., material existente e características específicas dos diferentes espaços da sala.

Esta fase de observação ocorreu durante duas semanas, no entanto, ainda no decorrer destas semanas, a estagiária foi convidada a intervir, e a assumir o papel de psicomotricista principal com supervisão, dando início à fase de intervenção supervisionada. Estas fases podem ser demarcadas pela análise da participação da estagiária, que assumiu numa primeira fase de observação um papel passivo e na fase de intervenção supervisionada um papel ativo.

1.2 Fase de Intervenção Supervisionada.

A estagiária teve o primeiro contacto com a maior parte dos clientes na primeira sessão que lhes dirigiu, onde assumiu o papel de terapeuta principal, e o manteve até ao final do estágio. Nesta fase a estagiária tinha como propósito a observação e avaliação dos clientes (identificação das suas principais necessidades terapêuticas), afim de poder formular objetivos terapêuticos adequados a cada indivíduo. Antes de identificar as necessidades e dificuldades dos clientes, a estagiária considerava essencial começar por possibilitar que o cliente se revelasse em sessão, de forma a poder conhecer-se os seus principais interesses e áreas fortes.

Na fase de intervenção supervisionada o orientador local desempenhou um papel mais participativo, aconselhando e sugerindo material e/ou atividades, com o intuito de dar a conhecer à estagiária as potencialidades do material e da sala, assim como atividades possíveis de realizar cujo objetivo visava a avaliação/ ou do desenvolvimento de determinado fator psicomotor. De entre as atividades propostas, o orientador também foi demonstrando e propondo as diferentes formas de avaliação realizadas no âmbito do DP, desde os modelos mais informais até aos testes e baterias de avaliação formal.

Normalmente nesta fase, no final da sessão o orientador colocava à estagiária, questões, com o intuito de promover na estagiária uma atitude crítica, de reflexão, de pesquisa ativa sobre assuntos relacionados com a mesma (desde questões mais teóricas, a pormenores das relações terapêuticas, entre outras).

A partir do momento em que a estagiária assumiu um papel ativo na intervenção começou por sentir a necessidade de registar as sessões e informações relativas ao desempenho do cliente. Advindo nessa necessidade, a estagiária construiu um (a) modelo de planeamento/relatório de sessão e um (b) registo de presenças/monitorização do cliente. No anexo E, p.85, é possível observar um exemplo modelo de planeamento/relatório de sessão e no anexo F, p. 88, um exemplo do registo de presenças/ monitorização do cliente.

Por iniciativa própria, a estagiária demonstrou interesse em elaborar relatórios de algumas avaliações que realizara, sendo posteriormente tal exercício supervisionado pelo orientador local. Este exercício, para além de se revelar essencial para o maior conhecimento e domínio de uma função interventiva indireta, também se tornou fundamental quando era necessário partilhar a informação entre técnicos/ instituições.

No princípio desta fase a estagiária passou por diferentes sensações que se revelaram sobre a forma de: interesse, incerteza, receio, entusiasmo e ansiedade. A disponibilidade e abertura, assim como a postura que o orientador local desde cedo assumiu, permitiu facilmente estabelecer uma boa relação profissional e pessoal com a estagiária, o que por sua vez proporcionou à mesma sentimentos de segurança, apoio e confiança. O início deste vínculo foi preponderante para o sucesso e desenvolvimento profissional da estagiária, permitiu à mesma não ter receio de colocar as suas dúvidas, admitir e consciencializar-se das suas áreas de maior e menor domínio.

Consoante o cliente em questão a estagiária poderia estar a intervir com supervisão ou de forma autónoma. Estas duas fases podem ser diferenciadas, pela análise da ação/participação do orientador local, na sessão, i.e., numa fase de intervenção supervisionada o mesmo apresentou um papel ativo no aconselhamento à mesma antes ou após a sessão e numa fase de intervenção autónoma o psicomotricista orientador apresentou uma participação mais passiva.

Inicialmente alguns clientes, na presença dos dois profissionais, testavam a liderança da estagiária. Exemplos disso são: os constantes recursos à figura do orientador local, e a manifestação de comportamentos de oposição e desafio por parte de alguns clientes, ao mesmo tempo que dirigiam o olhar para o orientador local.

Estes momentos em que foi testada a liderança da estagiária constituíram uma das primeiras dificuldades na intervenção terapêutica. Estas dificuldades de certa forma provocaram na estagiária a necessidade de: adotar uma postura/atitude mais firme, afirmar a liderança no espaço terapêutico e assumir o papel de terapeuta principal, no mesmo espaço físico, onde se encontrava um outro profissional mais experiente.

1.3 Fase de Intervenção Autónoma.

A fase de intervenção autónoma iniciou-se com todos os clientes em momentos diferentes. Esse momento variou de acordo com o conhecimento e compreensão que a estagiária aprendeu do cliente, assim como, da adequação que fez entre às atividades propostas e o potencial de aprendizagem do cliente.

A estagiária teve contacto com todas as respostas interventivas do departamento, no entanto, aquela onde desenvolveu uma intervenção psicomotora mais autónoma com os clientes foi através do acompanhamento (psico)terapêutico em sessões de psicomotricidade. Por esse motivo está será a única valência do DP apresentada nesta secção.

Com o intuito de poder caracterizar/ descrever as principais metodologias da intervenção realizada serão abordados alguns elementos chave da mesma: projeto terapêutico, sessão e atividades, comunicação e relação terapêutica, avaliação, gestão dos processos dos clientes e população atendida.

1.3.1 Projeto terapêutico.

Quando a estagiária iniciou o estágio, todos os clientes do DP tinham um PI. Consequentemente os objetivos específicos no âmbito da intervenção psicomotora já se encontravam estabelecidos.

Uma vez que o PI é definido para um ano (a partir da data de entrada na instituição), ao longo do período de intervenção no DP a estagiária teve oportunidade de participar na elaboração, monitorização e encerramento dos PI de vários clientes. Uma descrição mais detalhada acerca da gestão dos processos dos clientes em que a estagiária interveio será abordada no subcapítulo *Gestão de processos dos clientes / gestor de caso*, p. 42.

Apesar, da estagiária não ter de estabelecer objetivos específicos para o PI dos clientes, a mesma teve de o fazer a título pessoal, de modo a conseguir adaptar a sua resposta terapêutica a cada caso:

- Estabelecer uma relação/vínculo apresentando-se como principal parceira terapêutica do cliente;
- Conhecer o cliente e os seus principais interesses através de uma atitude de escuta e incentivo à sua iniciativa e intencionalidade;
- Identificar as principais necessidades de intervenção, expressas pelos sintomas psicomotores, a fim de estabelecer as prioridades da mesma.

O plano terapêutico aplicado em sessão, foi de encontro à metodologia progressiva defendida por Boscaini (1997, p. 19 e 20):

1. O ponto de partida do processo terapêutico é consentir ao indivíduo a expressão direta da sua problemática, o que implica por parte do terapeuta, aceitar a sintomatologia, disfuncionalidade e desorganização do indivíduo e a sua utilização confusa do espaço sala. Significa não ter por parte do psicomotricista uma preocupação com a funcionalidade da atividade, não assumir uma atitude pedagógica e diretiva. Significa reconhecer à criança o seu reconhecimento;
2. Ao longo da intervenção terapêutica o psicomotricista procura introduzir a problemática apresentada no interior da comunicação, de forma, a que seja aceite e compreendida por ambos através do corpo, da ação e do jogo, em particular, é vivenciado sobre o plano tónico-emocional, num interior de regras de comunicação de base e em uma situação contentora e segurizante;
3. Transferir a resolução da problemática, desde o plano imaginário e de ação para o plano simbólico;
4. Integrar as diferentes partes de expressão corporal para construção de uma imagem corporal unificadora, primeiramente através da integração das diferentes experiências do plano tónico-sensório-motor e depois no plano simbólico;
5. Reorganização do corpo funcional e das suas competências gnóxicas práticas durante a atividade, de forma a poder aceder a aprendizagens específicas;
6. Controlo e integração individual de competências e dificuldades, separação da vida afetiva em respeito da vida cognitiva favorecendo acesso à realidade; interiorização e uso das regras com vista a uma real autonomia, expressão de iniciativa e capacidade adaptativa.

1.3.2 Sessão e atividades.

Como foi anteriormente referido, as sessões de psicomotricidade, decorrem na sala de psicomotricidade, com uma duração aproximada de uma hora. A estrutura da sessão é composta por três fases distintas: fase inicial ou de exploração, fase fundamental e a fase de retorno à calma. As fases mantêm-se de sessão para sessão marcando a estrutura e a sequência da mesma (ritual).

A fase inicial é expressa pelo real interesse do cliente, i.e., pelas suas motivações. Nesta fase, a estagiária procura observar o comportamento psicomotor do cliente, os

espaços que este prefere ocupar, o material por que se interessa, e a comunicação verbal e não-verbal que estabelece com o seu parceiro terapêutico.

A fase fundamental é caracterizada pela elaboração de atividades terapêuticas que seguem a linha de ação do cliente, ou seja, a estagiária aproveita os materiais de interesse e espaço de ação eleitos pelo cliente.

Quando o cliente manifesta interesse por determinada atividade e / ou material, a estagiária avalia se a tarefa selecionada vai de encontro àquilo que são as necessidades interventiva do mesmo, podendo manifestar os seguintes comportamentos:

- Permite que o cliente realize a atividade sugerida, observando o seu comportamento face às dificuldades e o seu sucesso/insucesso, disponibilizando-se participar e auxiliar o cliente quando necessário;
- Permite que o cliente realize a atividade, mas sugere alterações de forma a condicionar ou a modificar a atividade e/ou a ação motora do cliente, disponibilizando-se participar e auxiliar o cliente quando necessário;
- Permite que o cliente utilize o material escolhido, e sugere que este construa uma atividade com ele, disponibilizando-se participar e auxiliar o cliente quando necessário.

Quando o cliente não manifesta interesse por nenhuma atividade em específico, ou pelo contrário, manifesta sempre interesse pela mesma atividade, a ação da estagiária desafia o cliente ao exercício de situações por si anteriormente planeadas. Nesta linha de pensamento, a planificação das tarefas antes da sessão é uma componente fundamental para melhorar e adequar a tarefa às necessidades do cliente. No entanto, não existe obrigatoriedade no cumprimento do planeamento, uma vez que o objetivo da estagiária é a participação do cliente de uma forma voluntária e intencional.

A estagiária tem, assim, a função de adequar a tarefa e o tempo de permanência, às capacidades dos clientes, disponibilizando o seu corpo para agir, escutar, participar e motivar o cliente, de forma a promover o desenvolvimento biopsicossocial do mesmo e a cumprir os objetivos terapêuticos institucionais e os por si estabelecidos.

A fase de retorno à calma, é por norma expressa por atividades que pretendem a focalização do cliente no seu próprio corpo. Para alguns os clientes é possível realizar atividades de relaxação mais estruturadas; com expressão verbal ou representação do que foi experienciado.

Esta fase também tem como intuito promover no cliente uma representação, reflexiva, sobre o que foi realizado em sessão de carácter quantitativo (por exemplo, discriminar as tarefas onde obteve mais sucesso/presenciou dificuldades, identificar as situações preferidas e o seu porquê) e de carácter qualitativo (como por exemplo, como se sentiu, como reagiu, que consequências teve essa ação). Concomitantemente serve para preparar o cliente para o término da sessão, permitindo-lhe antecipar o fim da mesma e evitar comportamentos disruptivos.

Por último, em sessão o psicomotricista, na conceção da estagiária, é um mediador da relação do cliente com o envolvimento, apresentando-se como um parceiro terapêutico à medida que permite e espelha os desejos e interesses do cliente.

1.3.3 Avaliação.

O domínio da Avaliação foi uma prática recorrente ao longo do tempo de intervenção da estagiária no DP. Para os clientes que estão a começar o seu processo terapêutico na APCC a avaliação psicomotora no DP inicia-se com a anamnese.

A anamnese utilizada no DP é um instrumento informal, semi-diretivo/estruturado, construído pelo psicomotricista orientador, que aborda as diferentes etapas e vertentes da vida do cliente. Este instrumento começa com a apresentação do cliente e dos seus

familiares, sendo questionado o propósito do encaminhamento/ levantamento da problemática/indicação. Posteriormente segue-se a identificação dos dados do cliente e da sua família e são abordadas as diferentes etapas do seu desenvolvimento, através da descrição dos seguintes elementos: gravidez, desenvolvimento psicomotor, comportamento do cliente nas coletividades, ou seja, cresce, jardim-de-infância ou escola. De seguida são abordadas as questões de ordem clínica/terapêutica do cliente, situações diagnosticadas, alergias, intervenções que o cliente possa já ter efetuado e quais os tipos de acompanhamento terapêutico que já foram prestados, juntamente com a identificação dos especialistas que acompanharam esse processo. Por último, são colocadas as questões do ritmo biológico, como o sono, e a alimentação e as questões da participação da criança no seio familiar, assim como a identificação dos seus objetos favoritos e a descrição das suas formas de explorar/brincar.

Os instrumentos de avaliação psicomotora que são aplicados no DP dependem da idade e das características pessoais do cliente, assim como, do objetivo que o psicomotricista pretende observar na avaliação.

A avaliação pode ter um carácter informal: não dirigida (observando em pleno as iniciativas e intenções psicomotoras do cliente) ou, semi-dirigida (onde são apresentadas diferentes provas de avaliação com base em instrumentos formais).

No Departamento de Psicomotricidade, se o avaliador pretender utilizar uma avaliação formal recorre a um dos seguintes instrumentos:

- Bateria de avaliação do Desenvolvimento Motor Funcional dos 0 aos 48 Meses (Francês: DF-MOT); de Vaivre-Douret (1997);
- Bateria de Avaliação das Funções Neuro-Psicomotoras (Francês:NP-MOT); de Vaivre-Douret (2006);
- Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças (Inglês:M-ABC) de Hederson e Sugden (1992);
- Figura de Complexa de Rey, Figura B (Baby Rey), de Rey (1988).

1.3.3.1 DF-MOT – Desenvolvimento Motor Funcional dos 0 aos 48 Meses.

A DF-MOT, de Vaivre-Douret (1997) é uma escala que avalia aspetos estáticos e dinâmicos da coordenação motora, focando-se nas capacidades de adaptação e de regulação da função motora da criança, desde o nascimento até aos 48 meses (Vaivre-Douret, 1999).

A DF-MOT é uma escala de revisão que enfatiza uma avaliação através de uma abordagem neuro-psicomotora do desenvolvimento, isto é, avalia as questões neurobiológicas, maturacionais e fisiológicas, destacando o desempenho da criança, assim como, quais são os seus mecanismos de execução envolvidos na tarefa (Vaivre-Douret, 1999).

Esta escala subdivide-se em dois protocolos de avaliação (0-12 meses e dos 13 os 48 meses), cada um dos protocolos possui uma checklist que subdivide os seus Itens em dois domínios: (1) Postura Motora e Locomoção e (2) Preensão-Coordenação Oculo-manual, procurando classificar as aquisições funcionais na sua estimada ordem de aparição ao longo do desenvolvimento (Vaivre-Douret, 1999).

Neste sentido, as diversas tarefas selecionadas em cada um dos protocolos, procura despoletar através de situações teste, comportamentos e representações de aquisições expectáveis de se observar, de acordo com o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança e a sua idade (Vaivre-Douret, 1999).

Vaivre-Douret (1999) afirma que a cotação e interpretação é facilmente observável, uma vez que à frente de cada item, se classifica a prestação da criança

segundo uma cotação quantitativa, ou seja, se realiza ou não realiza e a idade da mesma. Podendo ainda ser anotado as características qualitativas (como realiza).

No final da avaliação, os resultados obtidos são transportados para a folha de perfil da criança, folha essa que apresenta um gráfico referente à média de idade das aquisições dos itens (Vaivre-Douret, 1999). A interpretação dos resultados é possível observar através da localização do desempenho da criança, tendo em conta o gráfico normativo (Vaivre-Douret, 1999).

1.3.3.2 NP-MOT – Bateria de Avaliação das Funções Neuro-Psicomotoras da Criança.

A NP-MOT, de Vaivre-Douret (2006) é uma bateria de avaliação que permite avaliar o nível de maturação das funções neuro-psicomotoras (i.e., as funções tónicas, sensoriais e motoras) da criança dos 4 aos 8 anos e meio, de modo a rever a sua integração e maturação ao nível do sistema nervoso central (extrapiramidal, piramidal e cerebelar).

Esta bateria permite acompanhar a evolução fisiológica da criança, avaliando a maturação tardia do sistema nervoso central e identificando os distúrbios funcionais de ordem neurológica, psicomotora e de origem psicológica (Vaivre-Douret, 2006).

Este instrumento é composto por dois 2 cadernos, com provas de avaliação organizadas em função dos fatores psicomotores (Vaivre-Douret, 2006), tal como pode ser observado na tabela 4.

O avaliador pode recorrer-se da NP-MOT para realizar uma avaliação completa ou fragmentada em fatores/domínios psicomotores, podendo o tempo de aplicação da bateria variar entre os 5m e 1h 30m (Vaivre-Douret, 2006).

A aplicação é facilitada porque a folha de registo contém a informação sobre a prova e ao mesmo tempo permite anotar as características quantitativas e qualitativas da prestação da criança (Vaivre-Douret, 2006).

Tabela 4: Domínios e Subdomínios Avaliados na Bateria de Avaliação NP-MOT

Bateria de Avaliação das Funções Neuro-psicomotoras (NP-MOT)	
NP-MOT: Caderno 1	NP-MOT: Caderno 2
Tónus <ul style="list-style-type: none"> • Tónus de Fundo • Tónus de Suporte • Tónus de Atitude • Tónus de Ação Motricidade Global <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio Dinâmico • Equilíbrio Estático Lateralidade <ul style="list-style-type: none"> • Funcional (Manual Podal Ocular) • Tónica • Psicossocial Praxias manuais Gnosias Tácteis	Habilidade Oculo-Manual Orientação Espacial <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da Direita/Esquerda em Si • Conhecimento da Direita/Esquerda no Outro • Orientação da Direita/Esquerda Sobre Objectos Ritmo <ul style="list-style-type: none"> • Tempo espontâneo • Adaptação aos Ritmos Auditivo - Visuo – Quinestésicos • Adaptação aos Ritmos Auditivo – Perceptivo - Motores Atenção Auditiva.

A avaliação quantitativa da criança dependerá da idade da mesma, enquadrando-se esta, quando comparada à norma de aferição do instrumento, numa das seguintes classes: classe 1) dos 4 anos aos 4 anos e 9 meses, classe 2) dos 4 anos e 10 meses aos 5 anos e 8 meses, classe 3) dos 5 anos e 9 meses aos 6 anos e 6 meses, classe 4) dos 6 anos e 7 meses aos 7 anos e 5 meses e classe 5) dos 7 anos e 6 meses aos 8 anos e 5 meses (Vaivre-Douret, 2006).

Segundo Vaivre-Douret (2006), o processo de cotação de cada domínio é facilitado por uma grelha de registo dos resultados brutos no fim do domínio. Os

resultados brutos de todos os domínios são transferidos para as folhas de cotação, onde cada valor pode ser comparado com os valores normativos do item (com base na norma francesa) consoante a classe em que a criança se encontra. Depois deste processo, é-lhe atribuída uma nota que situa a criança num destes níveis de equiparação à norma: -2σ , -1σ , média, $+1\sigma$, $+2\sigma$.

Por último, é ainda atribuída uma nota ao coeficiente de desenvolvimento neuro-psicomotor da criança, em cada domínio de cotação final, dentro do que é o seu padrão de distribuição normal (Vraivre-Douret, 2006).

No final de cada caderno o avaliador tem acesso a uma tabela, onde pode transpor a desempenho do cliente nos domínios avaliados, podendo os resultados ser lidos sob a forma de gráfico, que expressa o perfil de desenvolvimento neuro-psicomotor do cliente (Vraivre-Douret, 2006).

1.3.3.3 *M-ABC- Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças.*

O M-ABC é uma bateria, criada por Henderson e Sugden em 1992 com base nas escalas de Oseretsky de 1923, que tem como objetivo avaliar as capacidades psicomotoras em crianças entre os 4 e os 12 anos (Hederson e Sugden, 1992).

Segundo Hederson e Sugden (1992) o M-ABC permite a observação quantitativa da criança, através do seu desempenho em situações de teste, agrupadas em três categorias, Destreza Manual, Habilidades com bola e o Equilíbrio (Estático e Dinâmico). Este instrumento também apresenta a possibilidade de realizar uma observação qualitativa, os autores defendem a observação dos seguintes parâmetros em todos os domínios de avaliação: controlo corporal/postural, funcionamento dos membros, precisão espacial, controlo da força e esforço, tempo das ações e outras observações incluindo resposta ao feedback durante o teste informal.

As oito situações-teste propostas encontram-se adaptadas às diferentes fases do desenvolvimento infantil, subdividindo-se o M-ABC em 4 bandas de acordo com a faixa etária da criança: a Banda 1 (4 aos 6 anos); a Banda 2 (7 e 8 anos); a banda 3 (9 e 10 anos) e a banda 4 (10 aos 12 anos).

Por último, o M-ABC comporta ainda uma grelha de observação do comportamento, que é justificada pelos autores com a influência que estes fatores comportamentais e emocionais podem ter sobre a expressão das capacidades motoras.

O tempo de realização da avaliação é estimado pelos autores entre 25 a 30m, podendo esta bateria ser aplicada de forma completa ou fragmentada segundo uma vertente dirigida ou semi-dirigida, consoante o avaliado em questão (Hederson e Sugden, 1992).

Segundo Hederson e Sugden (1992) na cotação do presente instrumento é necessário ter em conta que o mesmo avalia as dificuldades motoras, e que neste sentido a pontuação mínima de dificuldade é de 5 (o avaliado não apresenta nenhum grau de dificuldade em determinada tarefa) e a pontuação máxima de dificuldade é de 0 (o avaliado apresenta elevado grau de dificuldade em determinada tarefa). Se criança se recusa a realizar a tarefa esta deve ser assinalada com um "R", se realiza inapropriadamente a tarefa deve assinalar-se um "I" ou um "F" caso não consiga realizar a tarefa.

1.3.3.4 *Figura de Complexa de Rey, Figura B - Baby Rey.*

A Figura Complexa de Rey permite avaliar a capacidade de organização perceptivo-motora, a atenção e a memória visual imediata, solicitando ao avaliado duas tarefas. A primeira é a cópia de uma figura complexa (isenta de significado), e a segunda é a reprodução em memória da figura anteriormente desenhada (Rey, 1988).

Esta prova possui duas figuras (A e B). A figura (A) é destinada a indivíduo com mais de 8 anos, no entanto pode ser aplicada a partir dos 5 anos e a figura (B) é destinada a crianças entre os 4-8 anos, podendo a duração de qualquer uma das provas variar entre os cinco e os vinte cinco minutos (Rey, 1988).

A aplicação da prova é realizada em duas fases: na primeira fase (em que se pretende avaliar a capacidade percetiva) é apresentada a figura ao indivíduo, sendo-lhe solicitado a cópia da figura, a segunda fase (em que se pretende avaliar a memória visual) é pedido ao indivíduo que represente a figura que anteriormente copiou mas sem auxílio do modelo (Rey, 1988). Este autor estipula uma pausa de 3 minutos entre primeira e a segunda fase.

No decorrer de ambas as representações o avaliador deve ir dando ao indivíduo lápis de diferentes cores, ao mesmo tempo que regista a sequência temporal da sua utilização. O registo da sequência de cores com que a representação foi realizada permite ao avaliador averiguar como se processou a organização percetiva do indivíduo durante a execução das provas (Rey, 1988).

A cotação da Figura Complexa Rey é atribuída em função da presença, proporção e número de ligações dos elementos constituintes da figura (Rey, 1988).

Os instrumentos apresentados não se encontram normalizados à população portuguesa, o que impede que sejam utilizados segundo uma referência à norma, i.e., comparação do desempenho do avaliado com a norma portuguesa. No entanto estes instrumentos utilizados pelo DP, podem auxiliar o psicomotricista quando utilizados para uma referência a critério, i.e., comparar as diferentes desempenhos do cliente em diferentes momentos analisando a manutenção ou alteração de resultados.

Em síntese, na tabela 5, é possível observar o número de avaliações realizadas pela estagiária e o instrumento utilizado, durante o referido estágio.

Tabela 5: Número de avaliações realizadas pela estagiária

Instrumentos informais	Entrevista /Anamneses	3
	Avaliações não estruturadas	2
Instrumentos formais	DF-MOT	1
	NP-MOT	8
	M-ABC	6
	Figura Complexa de Rey	3
N.º Total de clientes avaliados		18
N.º de Relatórios de avaliação		6

1.3.4 Gestão de processos dos clientes / gestor de caso.

O Psicomotricista orientador nas funções de gestor de caso acompanhou 11 clientes. Consequentemente ao horário de intervenção semanal foram acrescentadas tarefas relacionadas com diferentes procedimentos inerentes ao PI nomeadamente:

- Avaliação da qualidade de vida (aplicado um mês antes do encerramento do PI);
- Avaliação inicial e elaboração do PI ;
- Monitorização do plano proposto (6 meses após o início do PI);
- Avaliação final e encerramento do PI (realizada após 1 ano do início do PI);
- Reunião com o responsável legal/tutor do cliente (no Início, na monitorização e no final do PI).

Os procedimentos inerentes à gestão dos processos/PI fizeram parte das funções da estagiária, no entanto, devido a políticas institucionais não se pode considerar que essas atividades foram exercidas autonomamente, mas sim, sob orientação.

Na tabela 6 é possível observar consoante o mês do ano, o número de processos de clientes que foram necessários atualizar, segundo os procedimentos institucionais

para os PI. Por exemplo, no mês de Janeiro o psicomotricista e a estagiária realizaram 3 monitorizações, elaboraram um novo PI e aplicaram um questionário de qualidade de vida.

Tabela 6: Cronograma de controlo dos Planos Individuais 2013/2014

	Nº cliente	SET	OUT	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Acompanhamento como Gestor de Caso= 11	A					M			Q	FPI	IPI		
	B					M				Q	FPI		
Equipas	C		Q	FPI	IPI					M			
	D		M			Q	FPI	IPI					
	E					FPI							
	F									IPI			
	G					M			Q	FPI			
	H			M				Q	FPI	IPI			
	I			Q	FPI	IPI						M	
	J		FPI	IPI					M				
	K				M					Q	FPI		
Legenda		IPI- Início do Plano individual		M- Monitorização		Q- Avaliação da Qualidade de vida		FPI- Finalização do Plano Individual					

Na tabela 7 está sintetizado o número de procedimentos onde a estagiária participou ativamente.

Tabela 7: Gestão de Procedimentos Participados pela Estagiária

Gestão de Processos dos Clientes	
N.º de Planos Individuais Elaborados	10
N.º de Planos Individuais Finalizados	10
N.º de Planos Individuais Monitorizados	9
N.º de clientes Avaliados	18
N.º de Relatórios de Avaliação	6

1.3.5 População atendida.

No presente ano letivo 2013/2014 a psicomotricista estagiária realizou a sua intervenção com 34 clientes, aplicando um programa de intervenção terapêutica ou ludo terapêutica.

Dos 34 clientes, 27 são clientes da APCC inseridos nas equipas de Aveiro, Coimbra I, Coimbra II e Leiria; sendo que 18 destes tiveram acompanhamento terapêutico individual e os restantes 9 acompanhamento terapêutico de grupo (entre 2 a 4 elementos). Os restantes 7 clientes foram encaminhados pelo CRI do Agrupamento de Escola Alice Gouveia, sendo 2 deles acompanhados em sessão individual e 5 em sessão de grupo.

Na tabela 8 é possível observar que dos 34 clientes, 21 eram do género masculino e 13 do género feminino. A média de idades dos clientes é de 10,8 anos, mas se classificarmos os clientes por classes etárias, 3 encontram-se na chamada primeira infância (idade pré-escolar 3-5 anos); 16 na segunda infância (dos 6 aos 12 anos); 13 na adolescência e 2 na idade adulta.

Por valências, a estagiária acompanhou segundo uma vertente terapêutica 19 clientes em sessão individual de Psicomotricidade e 13 clientes em equitação terapêutica (3 em sessão individual e 10 clientes em sessão de grupo - num total de 3 grupos, de 2, 3 e de 5 elementos).

Numa vertente lúdico-terapêutica, a estagiária acompanhou 4 clientes em sessão de grupo. Dois dos quatro elementos encontram-se também contabilizados na vertente terapêutica por serem acompanhados em sessão individual de psicomotricidade.

Tabela 8: Caracterização da População

Cliente	Gênero	Idade	Diagnóstico	Tipo de Sessão	# Sessões	Horas	Frequência
1	F	12	PC	Psicomotricidade	29	29	Semanal
2	M	6	Síndrome de Digeorge	Psicomotricidade	29	29	Semanal
3	M	7	Síndrome de X-Frágil	Psicomotricidade	27	27	Semanal
4	M	9	PC	Psicomotricidade	24	24	Semanal
5	F	8	Cromossopatia Triplo X	Equitação Terapêutica	13		Semanal
6	M	9	PC	Equitação Terapêutica	14	7	Semanal
7	M	9	Trissomia 21	Equitação Terapêutica	14		Semanal
8	F	18	PC	Equitação Terapêutica	13	6,5	Semanal
9	F	16	PC	Equitação Terapêutica	10		Semanal
10	F	17	PC	Equitação Terapêutica	10	5	Semanal
11	F	12	Trissomia 21	Equitação Terapêutica	16		Semanal
12	M	11	Trissomia 21	Equitação Terapêutica	16		Semanal
13	M	13	Trissomia 21	Equitação Terapêutica	16	16	Semanal
14	M	15	Trissomia 21	Equitação Terapêutica	16		Semanal
15	M	13	Trissomia 21	Equitação Terapêutica	16		Semanal
16	F	17	PC	Equitação Terapêutica	9	4,5	Quinzenal
17	M	8	PEA	Equitação Terapêutica	3	1,5	Quinzenal
18	F	8	PC	Psicomotricidade	24	24	Semanal
19	F	35	PC	Psicomotricidade	16	16	Quinzenal
20	M	8	S. Pallister-Killian	Psicomotricidade	2	2	Quinzenal
21	M	5	AGD	Psicomotricidade	28	28	Semanal
22	M	2	PC	Psicomotricidade	6	6	Semanal
23	M	10	AGD	Psicomotricidade	29	29	Semanal
24	F	3	PC	Psicomotricidade	18	18	Semanal
25	M	9	PC	Psicomotricidade	26	26	Semanal
26	F	10	PC	Psicomotricidade	13	13	Quinzenal
27	M	14	PC	Psicomotricidade	10	10	Quinzenal
28	M	9	AGD	Psicomotricidade	13	13	Semanal
29	M	7	AGD	Psicomotricidade	27	27	Semanal
30	M	12	PC	Psicomotricidade	10	10	Quinzenal
31	M	10	PC	Zarabatana	18	18	Semanal
32	F	9	D. Degenerativa	Zarabatana	18		Semanal
33	F	5	Dispraxia	Psicomotricidade	26	26	Semanal
34	M	13	PC	Psicomotricidade	5	5	Mensal

Dos 34 clientes, 17 apresentam diagnóstico de PC, 6 de Trissomia 21 (T21), 4 Atraso Global de Desenvolvimento Psicomotor, e os restantes 7 de: Síndrome de Digeorge, Síndrome de X-frágil, Síndrome de Pallister-Killian, Cromossopatia triplo x, Doença Degenerativa, Dispraxia e Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

Na tabela 9 é possível observar o número de horas que a estagiária desempenhou em cada função.

Tabela 9: Número de Horas da estagiária por Função

Sessão de Psicomotricidade	362
Sessão de Equitação Terapêutica	40,5
Hidroterapia	36
Zarabatana	18
Formação	39
Trabalho Institucional	614,5
N.º de Horas de Estágio Total (37 semanas x 30 horas):	1110

2 Caracterização de Processos e Estratégias de Intervenção

No DP, a intervenção com os clientes iniciava-se pela possibilidade que é dada à criança de iniciar um jogo espontâneo, onde esta mesma manifesta os seus desejos e interesses, através da relação terapêutica o psicomotricista dá suporte à continuidade da ação.

Segundo Winnicott (1971) o jogo emerge num espaço intersubjetivo, ou seja entre o espaço da criança (do eu) e o espaço do outro, onde se simboliza a relação de proximidade afetiva com o cuidador no objeto de transição, representado também a relação da criança com o mundo. O jogo simbólico transporta de alguma forma a presença do outro.

O jogo supõe uma relação ao objeto, ao outro, ao espaço e ao tempo, supõe uma relação entredois, onde o terapeuta surge como parceiro simbólico (Parreiral, 2013). Se existe uma diferenciação entre o espaço do psicomotricista e da criança, existe um espaço para o jogo e para a criação, caso contrário, a relação entre ambos ocorre num espaço de manipulação entre elementos: do objeto e do outro (Parreiral, 2013).

O jogo possibilita à criança uma diversidade de atividades que influenciam e promovem o seu desenvolvimento cognitivo e motor, a nível tónico, sensorial, afetivo representativo e comunicativo (Marcelli e Cohen, 2010).

Na impossibilidade neste relatório de caracterizar detalhadamente a intervenção com todos os clientes, o presente capítulo irá dar ênfase às seguintes componentes da intervenção:

- A importância dos processos de representação, como produto da sessão terapêutica;
- Aos exemplos de estratégias de intervenção, que tiveram impacto positivo no processo de reabilitação;
- E por último, à síntese da metodologia de uma intervenção terapêutica em psicomotricidade, através de um estudo de caso.

2.1 Processos de Representação | Produto da Sessão Terapêutica.

A terapia psicomotora procura despoletar no agir do cliente a sua intencionalidade, incentivando o mesmo, a desenvolver sua capacidade autorreflexiva sobre o seu agir, de forma a poder integrar, da melhor forma, as suas experiências e sensações.

Como afirma Marcelli e Cohen (2010, p. 54) “não há cognição função simbólica, linguagem sem representação como não há afeto pulsão emergência da fantasia sem representação”.

Os processos de representação permitem conhecer fragmentos da atividade psíquica do cliente. Sempre que existem limitações ao nível da linguagem de um cliente dificulta o acesso à sua atividade psíquica através da verbalização. Neste sentido o papel do psicomotricista é possibilitar ao cliente o exercício da representação das mais variadas formas de comunicação verbal (fala) e não-verbal através da representação (perceptivas e simbólicas ou conceituais): role play (faz de conta); demonstração (mostra como é); gráfica (escrita), desenho e da modelagem. Através das figuras 4, 5, 6, 7, e 8 é possível observar um exemplo de representações realizadas pelos clientes do departamento, que expressam o produto da sessão.

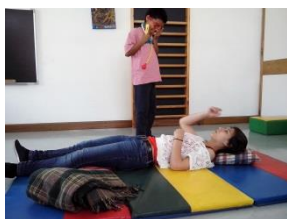


Figura 3: Representação simbólica através de Role play de uma ida ao médico



Figura 4: Representação do Corpo através da ilustração



Figura 5: Representação pela demonstração com a temática da Dor



Figura 6: Representação do corpo com plasticina através da Modelagem



Figura 7: Representação de uma sessão com comunicação não-verbal: Luta através da ilustração



Figura 8: Representação da vivência da sessão de relaxação através da componente gráfica pela escrita e ilustração

2.1.1 **Comunicação e relação terapêutica.**

O presente subcapítulo surge da reflexão da estagiária acerca da sua prática profissional na instituição e tem como propósito a descrição dos principais elementos presentes na comunicação e relação terapêutica entre a estagiária e os seus respetivos clientes.

A relação, como foi abordada na componente teórica, é um elemento fundamental de uma intervenção terapêutica, atuando como base de segurança, de motivação e suporte a todas as potencialidades que o indivíduo tem.

A estagiária procurou abranger no seu diálogo as mais variadas formas de comunicação, de forma a facilitar o acesso da informação ao cliente. Neste sentido, a estagiária considera que foi importante:

- Manter o contacto ocular, colocando-se ao nível da criança;
- Apresentar uma atitude disponível e empática verbalmente e corporalmente, isto é, demonstrar à criança que o seu corpo também fala e demonstra intencionalidade;
- Representar através da relação diferentes aproximações e distanciamentos, doseando o contacto corporal e o toque terapêutico;
- Apresentar uma postura de escuta ativa, securizante, empática e coerente ao longo do contacto terapêutico.

A relação terapêutica é identificada como um dos elementos chave para o sucesso de uma intervenção psicomotora, contudo, esta premissa também é essencial no momento em que avaliamos, uma vez que, permite que o terapeuta esteja mais sensível ao que são os interesses e receios do indivíduo, podendo este profissional, adequar melhor as tarefas/situações que irá propor.

2.2 Estratégias de Intervenção.

A intervenção psicomotora é uma intervenção que apresenta um enquadramento próprio com metodologias definidas, e que tem em conta as necessidades e características de cada cliente.

Clientes que apresentem a mesma classificação de diagnóstico, a mesma idade ou o mesmo género, serão necessariamente pessoas diferentes, e neste âmbito, é essencial que o terapeuta estude, planeie e experimente quais as principais linhas de intervenção que pode tomar, de forma a promover o potencial de desenvolvimento do cliente.

Durante as diferentes intervenções foram utilizadas diversas estratégias para incentivar os comportamentos desejados: instrução verbal, demonstração, feedback, princípio da prontidão, princípio da estruturação e da sistematização, estímulo discriminativo e o contrato de consequências (Fonseca, 2010; Godinho, Mendes, Melo e Barreiros, 2007; Rodrigues, 1991):

A *Instrução Verbal* é uma das estratégias mais presentes na intervenção, e consiste em fornecer informação ao sujeito sobre o objetivo da tarefa. Através desta estratégia, é possível especificar uma grande quantidade de informação determinante para o êxito da tarefa, no entanto, nem sempre o conteúdo verbal da informação facilita a que o indivíduo tenha sucesso na mesma (Godinho et al., 2007).

Neste sentido, a *Demonstração* pode ser uma estratégia que complementa a instrução verbal, consistindo a mesma na apresentação duma imagem representativa da tarefa a realizar (Godinho et al., 2007).

A *utilização do Feedback*, para Godinho et al., (2007) é uma das estratégias mais importantes porque permite ao sujeito avaliar o grau de cumprimento dos objetivos a que se propôs, condição obrigatória para que ocorra aprendizagem. O tempo em que se dá o feedback, também é um condicionante enfatizado por Godinho et al. (2007) devido à interferência que este pode ter na aprendizagem. Segundo o autor, o feedback não convém ser dado logo após a ação porque impede a assimilação da informação intrínseca após o movimento, nem convém ser dado muito tempo após a ação, sob pena de que o sujeito se esqueça dos fatores de informação relevantes para o sucesso da ação (Godinho et al., 2007).

O *Reforço Positivo* é algo que se segue a um comportamento e mantém ou aumenta a frequência do mesmo (Godinho et al., 2007). É necessário conhecer o sujeito a quem se dá o reforço positivo pois não se pode partir do princípio que o reforço para um indivíduo é igual para o outro, é muito importante saber qual é o “reforçador” para que esta estratégia tenha sucesso (Godinho et al., 2007; Rodrigues, 1991).

O *Princípio da Prontidão* relaciona-se com a motivação que o sujeito tem em aprender, ou seja, este tem mais desejo em aprender quando reconhece a finalidade e o significado das tarefas que se propõe a realizar, sendo que a aprendizagem deveria iniciar-se pelas áreas fortes, pelos interesses e pelas motivações intrínsecas e extrínsecas do indivíduo (Fonseca, 2010).

O *Princípio da Estruturação e da Sistematização* refere que a aprendizagem deveria ser organizada segundo categorias pré-definidas, em graus de complexidade crescente, de forma a proporcionar uma evolução gradual e metódica (Fonseca, 2010).

A *utilização do Estímulo Discriminativo* consiste na diminuição de instrução verbal passando apenas a utilizar palavras-chave. Este método permite ao avaliador verificar de que forma este tipo de estímulos desencadeia o comportamento. Se a frequência da instrução verbal for diminuindo à medida que a criança percebe os estímulos discriminativos, irá ser provida a execução de um comportamento com desempenho independente (Rodrigues, 1991).

Contrato de Consequências consiste num acordo entre duas ou mais pessoas, onde se especifica as consequências de determinado comportamento. Esta estratégia é bastante importante pois incentiva o sujeito a ser um agente ativo na escolha das consequências aquando um comportamento desejado ou indesejado. Desta forma, o indivíduo poderá aceitar mais positivamente a tarefa sugerida, para além de que diminui a frequência do aparecimento de comportamentos indesejados (Rodrigues, 1991).

No cômputo geral, as estratégias de intervenção são pequenos detalhes que podem mudar e influenciar o comportamento do cliente, podendo atuar como gatilho para o sucesso do mesmo na tarefa.

Construindo o transference entre o que é a literatura e a prática corrente na instituição, as estratégias seguidamente apresentadas são fruto de adequações que a estagiária sentiu necessidade de realizar à sua intervenção. Representam, para além das estratégias já enunciadas, alguns exemplos de adequações relacionadas com as seguintes áreas: previsibilidade, autonomia, troca de papéis e motivação.

A estagiária, ao longo da intervenção, sentiu que a previsibilidade pode ser um fator que auxilia o terapeuta, quando este está perante clientes que necessitam de uma maior contextualização terapêutica, ao nível da gestão de tempo e estrutura da sessão.

Saber como começa e como se vai desenvolver a sessão, para além do seu normal ritual terapêutico, permite ao cliente:

- Preparar-se para o que lhe vai ser solicitado ao longo da sessão;
- Situar-se no tempo de sessão;
- Separar os diferentes momentos das tarefas (início, meio e fim);
- Preparar-se emocionalmente para o término da sessão.

Na figura 9 é possível observar um quadro de previsibilidade de sessão. Neste exemplo, as tarefas propostas foram sugeridas pela estagiária, no entanto, o mesmo quadro poderá ser realizado deixando o espaço de preenchimento ao cliente permitindo-lhe escolher as tarefas a realizar trabalhando ao mesmo tempo a sua autonomia- o poder de decidir.

O fator autonomia é sempre um dos objetivos finais da intervenção terapêutica, o terapeuta pretende que o cliente manifeste a sua intencionalidade através da autonomia (poder de escolha) e a adquirira independência (capacidade de realizar sozinho).



Figura 9: Quadro de previsibilidade da Sessão de Psicomotricidade

Em intervenções onde o poder de decisão está sempre na posse do terapeuta, limita o cliente a um papel passivo e redutor, por ventura o mesmo papel que o cliente experimenta noutros contextos. Uma atitude paternalista do terapeuta limita a capacidade da pessoa, que é nesse momento o cliente à experiência de agir, não lhe possibilita a integração do que é o seu ser, i.e., o seu ser para agir e o agir pelo seu ser.

Alguns clientes apresentam dificuldades evidentes quando lhes é permitido um registo ativo, seja ele na classificação/escolha (gosto, não gosto, gosto mais deste, etc.), na expressão de sensações (representada ou verbalizada) ou na decisão (agora que posso fazer o que quero, o que é que eu quero?).

Na figura 10 é possível observar a avaliação do cliente, classificando as atividades sugeridas pela estagiária consoante o seu interesse e o que desfrutou de cada uma.

Quando a intervenção é com adolescentes, é necessário igualmente ter em conta que a adolescência é uma fase característica onde o indivíduo busca resposta à pergunta quem sou eu?; do que gosto eu?; que quero eu?; o que realmente me interessa?, procurando a sua identificação, uma personalização do seu Eu. É de extrema importância devolver também estas questões aos adolescentes com NEE de forma a poder promover a autoestima e a ação prática, i.e., a ação repleta de movimentos intencionais e dirigidos a um fim.



Figura 10: Classificação das atividades pelo cliente consoante o interesse do mesmo

A possibilidade de trocar de papel com o terapeuta permite ao cliente um papel ativo, possibilitando-lhe a experiência dos seguintes sentimentos: responsabilidade, ser capaz tal como o adulto, poder proteger, ajudar ou cuidar do outro.

Nas figuras 11 e 12 é possível observar uma atividade de relaxação, que tem como objetivo a promoção da consciencialização corporal. A atividade consiste em colocar sacos de areia/ feijão em diferentes partes do corpo da pessoa que está deitada e de olhos fechados, sendo de seguida solicitado a essa mesma pessoa que indique quantos sacos tem em cima do seu corpo, identificando as respetivas partes do corpo.



Figura 11: Papel passivo na Relaxação com Sacos de Areia/Feijão



Figura 12: Papel ativo na Relaxação com Sacos de Areia/Feijão

Com base na intervenção realizada, a estagiária é da opinião que a motivação de ambos, i.e., dos clientes e do terapeuta) é umas das ferramentas essenciais para o sucesso terapêutico. Cada pessoa encara de forma diferente os estímulos. Para uns é o incentivo, a capacitação, a intensidade do reforço, que estimula e motiva a realização de determinada ação, para outros, é pelo desafio (não sei se vais conseguir, olha que é difícil) que proporciona no cliente a vontade de se superar, a ele mesmo, e mostrar que o terapeuta está enganado.

Perante a dificuldade em identificar atividades preferenciais ou na dificuldade de fazer com que o cliente experimente outras tarefas, para além das preferenciais, o terapeuta pode recorrer aos objetos/ personagens preferidas (reais ou imaginárias) do cliente e incluí-los na atividade com o intuito de aumentar a motivação do mesmo na tarefa.

A figura 13 é um exemplo da inclusão do objeto preferido do cliente na atividade. O “carro do nody” está presente no lugar onde o terapeuta pretende sugerir a nova tarefa.



Figura 13: Carro do Nody, presença do objeto preferido do cliente na tarefa.

2.3 Estudo de Caso.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica que procura segundo um plano de investigação, o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida: o “caso” (Coutinho e Chaves, 2002, p. 223).

Neste sentido o presente estudo de caso foi concebido no âmbito do estágio curricular do mestrado de Reabilitação Psicomotora, e realizado na APCC. O cliente em estudo está diagnosticado com a síndrome de Shprintzen/ Digeorge e será identificado pelo nome de João. Tratando-se de um menor, o início da recolha de dados de forma a respeitar os requisitos éticos inicia-se com a entrega do consentimento informado do estudo de caso ao tutor legal do João.

Os objetivos deste estudo de caso visam a reflexão, discussão e a melhor compreensão das expressões comunicacionais, comportamentais e sociais do João, a fim de:

- Discutir os efeitos da intervenção terapêutica;
- Antecipar possíveis agentes facilitadores ou barreiras ao seu desenvolvimento;
- Questionar que atitudes e/ou linhas de intervenção se devem adotar, tem em vista o bem-estar e desenvolvimento biopsicossocial do João.

2.3.1 Caracterização do diagnóstico.

A síndrome de Shprintzen foi descrita por Shprintzen e seus colaboradores, em 1978, como uma síndrome composta pela presença dos seguintes parâmetros: fâcies invulgar, insuficiência velo palatina e anomalias conotruncais, também conhecida como síndrome velocardiofacial (Wilson e Cooley, 2000).

A Síndrome de Digeorge, primeiramente descrito por Ângelo Digeorge, em 1965, é um distúrbio congénito que resulta de uma mal formação no período embrionário das células da crista neural da terceira e quarta bolsa faríngeas, que vão dar origem ao timo, glândulas paratireoides e parte do arco aórtico (Melo e Carvalho, 2007).

Segundo Wilson e Cooley (2000) alguns pacientes com a síndrome de Shprintzen, têm também malformações consistentes com a síndrome de Digeorge. Ambas as síndromes evidenciam (embora com percentagens de incidência diferentes) a presença de uma pequena deleção (microdelecção) no cromossoma 22 (em 22q11.2). Esta situação foi denominada de **CATCH** 22, acrónimo do inglês de: **C**ardiopatia congénita, **A**lterações faciais, **H**ipoplasia do **T**imo, fenda (**C**left) do palato, **H**ipocalcémia e deleção **22q11** (Wilson e Cooley, 2000).

Rosa et al. (2009) recorre aos estudos de Ensenauer et al. (2003); Sparkes, Chernos e Dicke (2005) e de Ou et al. (2008) para explicar que recentemente foi possível identificar que os erros decorrentes do processo de meiose podem originar não só a

deleção da região q11.2 do cromossoma 22 como também a sua duplicação. Estes autores, enquadram a ocorrência da duplicação da região supracitada, à semelhança da sua deleção, classificando ambas as situações na síndrome de Shprintzen/ DiGeorge.

A incidência das síndromes de Shprintzen/DiGeorge (Wilson e Cooley, 2000) é estimada em 1 por 25000 nascimentos, estando a deleção da região 22q11 do cromossoma 22 associadas às seguintes alterações genéticas/anomalias: síndrome de Shprintzen (63%), DiGeorge (83%) e cardiopatia isolada (29%).

Segundo Wilson e Cooley (2000) a evolução da síndrome de Shprintzen na infância encontra-se associada a complicações ao nível do funcionamento aparelho circulatório, digestivo e respiratório (cardiopatia congénita, disfagia e refluxo gastro-esofágico grave, apneias obstrutivas do sono e infeções respiratórias altas). Durante a infância estão associadas a esta síndrome problemas sensoriais (visão e audição), de crescimento (normalmente, mais lento), de linguagem (caracterizada por atrasos) e de dificuldades de aprendizagem (Wilson e Cooley, 2000). Por último na fase de adolescência e fase adulta os autores referenciam problemas ao nível do contexto escolar e relacionados com personalidade e comportamento do indivíduo.

A função cognitiva pode variar desde um estado de atraso mental moderado ao estado sem atraso mental. No que diz respeito aos problemas neurológicos estes encontram-se associados a alterações neuroanatômicas do cerebelo (Wilson e Cooley, 2000).

O indivíduo com CATCH 22 tem um desenvolvimento associado a um crescimento lento, dificuldades de aprendizagem, presença de voz nasalada e rouquidão, dificuldades de articulação de palavras e atraso de linguagem (Melo e Carvalho, 2007). Em alguns casos existem alterações psiquiátricas, especialmente em adolescentes e jovens adultos (Melo e Carvalho, 2007), associadas a uma patologia psicótica de tipo esquizofrénico (Marcelli e Cohen, 2010).

Segundo Reis et al. (2012) a Microduplicação 22q11.2, pode ter uma expressão fenotípica variável, no entanto, as manifestações clínicas mais frequentes são: défice intelectual, atraso do desenvolvimento psicomotor, restrição do crescimento e cardiopatia congénita.

2.3.2 Caracterização do João.

A caracterização do João será baseada em informação consultada no processo do mesmo e em informação recolhida pela estagiária, através da aplicação do questionário Behavior Assessment System for Children (BASC), à mãe do João.

O João é uma criança de 6 anos, que se encontra no primeiro ano escolar e reside no distrito de Coimbra, sendo o seu agregado familiar constituído pela mãe, pai e irmã de 12 anos.

Fruto de uma gravidez planeada e acompanhada, o João nasceu às 39 semanas de cesariana com 2kg e 800 gramas. Segundo a mãe, as principais memórias das primeiras etapas do desenvolvimento são marcadas pela dificuldade de amamentação (passando a ser amamentado a biberão ao décimo dia de vida), pela descoberta de comprometimentos auditivos, pelas conquistas das primeiras palavras aos 14 meses e do andar autónomo aos 16 meses.

Nos primeiros quatro anos de vida, a mãe do João refere que o mesmo apresentava uma fácies atípica (dismorfia facial) e os seguintes problemas: auditivos (Hipoacusia Bilateral), visuais (miopia) e cardiovasculares (sopro cardíaco), dificuldades respiratórias devido à asma e às constipações frequentes (1vz/mês), dificuldades

gastrointestinais (vômitos frequentes) e alterações na fala (voz nasalada e com rouquidão).

Numa componente desenvolvimental, a mãe do João aponta que nos primeiros quatro anos de vida, este apresentou dificuldades nos seguintes domínios: desenvolvimento motor (“nos movimentos”), birras (“muitas vezes de difícil controlo”), choro excessivo (“chorar até à exaustão”) e controlo dos esfíncteres, (conseguiu adquirir o controlo dos esfíncteres de dia aos quatro anos, no entanto usa fralda de noite devido a enurese noturna).

O seu percurso educativo/social foi marcado pela entrada para a creche aos 18 meses, estando até à data com a avó materna. Devido a problemas de comportamento e dificuldades de integração na creche/pré-escola, a janeiro de 2012 começa a ser seguido em consulta de pedopsiquiatria.

Em setembro de 2012, o João começa a ser acompanhado pela consulta de genética médica, com o intuito de possível esclarecimento sobre o atraso de desenvolvimento psicomotor e défice auditivo. Em outubro de 2012, com 5 anos, é sinalizado para a intervenção precoce pela educadora de infância e é observado em primeira consulta no CRPCC.

No CRPCC é avaliado pelas áreas terapêuticas de terapia da fala, terapia ocupacional, psicomotricidade, psicologia e fisioterapia, e, à exceção da fisioterapia, todos os profissionais das restantes áreas identificaram necessidades de intervenção. Em fevereiro de 2013, o João inicia o seu primeiro plano Individual de reabilitação, usufruindo das seguintes áreas técnicas: terapia ocupacional e psicomotricidade com periodicidade semanal e terapia da fala e psicologia com periodicidade quinzenal.

Em março de 2013, após a realização de um estudo citogenético, da região 22q11.21, o estudo do cariótipo do João revelou uma duplicação dessa região. Segundo a consulta de genética esta alteração cromossómica está associada à síndrome de Shprintzen/ Digeorge.

A manifestação clínica da síndrome de Shprintzen/ Digeorge está associado à manifestação das seguintes problemáticas corporais no caso do João: desarmonias tónicas, lentificação psicomotora e dificuldades na motricidade global (equilíbrio), no processamento e integração da informação sensorial, ao nível da consciência corporal e na regulação da atenção e do comportamento.

- Desarmonias tónicas que revelam a inadaptação relacional nos seus elementos tonico-motores, posturais, gestuais ou até mímicos. Os gestos mostram falta de agilidade mas representam ainda hábitos motores de segurança expressos por alterações tónicas (hipertonía) e atitudes rígidas do corpo;
- A lentificação psicomotora é um distúrbio do tónus associado a uma perturbação do ritmo, onde a sua origem está também situada entre a sua organização das praxias e do tónus;
- Ao nível da consciência corporal existe uma distorção das perceções corporais que traduzem um corpo ainda pouco vivido e pouco experienciado. As possíveis dificuldades associadas às perceções sensoriais são enigmáticas e podem reforçar uma representação de carácter descontinuado do involucro corporal.

As representações corporais do corpo representam o primeiro vetor da identidade, segundo Schilder cit in Andre et al. (1996, p. 31) a despersonalização “é um estado onde o indivíduo não se reconhece como uma personalidade, um sentimento ainda de estranheza com deformações do corpo. ”

Após apresentada a manifestação da problemática corporal é assim justificada a necessidade de uma intervenção por mediação corporal que pretenda levar o sujeito a refletir acerca da sua identidade, avaliando e intervindo sobre comportamentos motores

inadequados/inadaptados relacionados com problemas a nível do desenvolvimento e de maturação psicomotora, psicológicos ou psicoafectivos: uma Intervenção Psicomotora.

2.3.3 Intervenção terapêutica.

A intervenção terapêutica encontra-se dividida pelos momentos de avaliação, intervenção e análise dos resultados. Neste sentido será primeiramente descrito o primeiro contacto com o João e sua avaliação inicial. De seguida será apresentado o seu perfil psicomotor e os objetivos terapêuticos da instituição e os propostos pela estagiária.

Posteriormente será sintetizada a intervenção realizada até à data do encerramento do 1.º PI e sua avaliação final e o encerramento deste 1.º PI. Seguindo-se a descrição da elaboração do 2.º PI e a síntese da intervenção realizada pela estagiária, até à data em que teve de terminar as suas funções na instituição.

Por último será apresentada avaliação final da intervenção psicomotora refletindo todas as evoluções visíveis do João que ocorrerem durante os 8 meses de intervenção.

2.3.3.1 Avaliação inicial | Primeiro contacto com o João.

A estagiária deu entrada no departamento de psicomotricidade da APCC a dia 3 de outubro de 2013, e o primeiro contacto que teve com o João foi através da observação da sua sessão terapêutica com o orientador local no dia 7 do mesmo mês. Passada uma semana, a 14 de outubro, a estagiária começou a sua intervenção com o João.

Como foi descrito anteriormente, o PI do João já se encontrava traçado e com validade de um ano, i.e., os objetivos terapêuticos de todas as áreas que identificaram necessidades interventivas no João já se encontravam delineados até fevereiro de 2014, como se pode observar na tabela 10.

Tabela 10: Síntese do 1.º Plano Individual de (Re)Habilitação

Validade	25 de fevereiro de 2013 a 25 de fevereiro de 2014	
Objetivos Gerais	Promoção da qualidade de vida no domínio psicológico (ao nível da aprendizagem e concentração)	
Objetivos Específicos	Terapia da fala	Articular o fonema /f/, pelo menos em 5 sessões consecutivas
	Psicologia e Terapia Ocupacional	Persistir na tarefa até à sua concretização quando antecipa insucesso, em pelo menos 70% das sessões
	Psicomotricidade	Executar com sucesso tarefas que impliquem noções visuoespaciais, sob orientação, em pelo menos 70% das sessões

A estagiária iniciou a sua intervenção com base no objetivo institucional específico da intervenção psicomotora do João, e respeitou a norma institucional da monitorização do mesmo, i.e., registar o seu sucesso (com 1) ou insucesso (com 0) nas folhas de registo da intervenção no processo do João. Sempre que em sessão o objetivo institucional não fosse trabalhado o registo deveria ser descrito como: não trabalhado (NT).

Com base numa conversa entre o orientador local e a estagiária, acerca da avaliação inicial do João para fins de estudo de caso académico, chegou-se à conclusão que o João já teria sido avaliado⁴ com base no NP-MT e Figura Complexa de Rey (Figura B- Baby Rey). Deste modo, não seria ético, dentro da política institucional, submeter o João a mais uma avaliação, por interesse pessoal do avaliador, i.e., da estagiária, uma vez que o exercício da mesma não iria trazer benefícios ao João.

⁴ Avaliação realizada pelo atual orientador local e pela anterior estagiária de Psicomotricidade, em janeiro de 2013.

2.3.3.2 Perfil psicomotor | Objetivos terapêuticos.

A estagiária delineou o perfil psicomotor do João e os seus objetivos para a intervenção através de (a) uma avaliação informal baseada na observação do João em sessão e posteriormente teve acesso à (b) informação já recolhida pelo departamento de psicomotricidade e pela equipa multidisciplinar que acompanhava o João (processo do João).

(a) Avaliação informal baseada na observação do João em sessão.

De forma a poder estabelecer os próprios objetivos terapêuticos para o João, a estagiária delineou que as duas primeiras sessões com o João tinham os seguintes propósitos: estabelecer uma relação/vínculo apresentando-se como principal parceira e terapeuta do João; conhecer os seus interesses (através de uma atitude de escuta e incentivo à sua iniciativa e intencionalidade) e identificar as principais necessidades de intervenção, expressas pelos sintomas psicomotores, a fim de estabelecer as prioridades da mesma.

A observação que a estagiária fez da primeira sessão dada pelo orientador local, assim como das suas duas primeiras sessões, permitiram-lhe registar a seguinte informação acerca do João:

- Em relação ao seu comportamento: o João é uma criança comunicativa e que expressa intencionalidade no seu comportamento; participa ativamente quando está motivado e a trabalhar numa área que domina; e sente-se mais confortável em tarefas de mesa ou em tarefas que não exijam o envolvimento de grandes grupos motores e esforço motor;
- Em relação à sua expressão psicomotora: apresenta uma marcha peculiar (evidenciando através do seu comportamento motor possíveis dificuldades de equilíbrio); presença de sincinésias generalizadas; uma atitude impulsiva (demonstrando possíveis dificuldade ao nível da relação com o próprio corpo e domínio do mesmo); dificuldade nas tarefas visuo-motoras (expressas por movimentos descoordenados e dificuldades de representação); dificuldades de planeamento psicomotor (demostrada pela desorganização motora e ao nível do discurso); e por último, utiliza estratégias de fuga / evitamento sempre que se sente inseguro num domínio, manifestando queixas somáticas como explicação para o abandono da tarefa.

(b) Processo do João.

A informação que a estagiária teve acesso no processo do João encontra-se compilada e sintetizada na tabela 11.

Tabela 11: Síntese da Informação recolhida pela Equipa Multidisciplinar no processo do João

Áreas Interventivas	Informação Recolhida
Área Médica	Dismorfia Facial; Deficiência Visual (uso de óculos); Deficiência Auditiva (operação e próteses); Sopro Cardíaco
Terapia da Fala	Dificuldades: mobilidade da língua; consciência fonológica; articulatórias (Fonemas: f/v; v/b; lh, l, r, plurais – omite); atenção/concentração
Terapia ocupacional	Dificuldades: Concentração; Motricidade Fina; Motricidade Global
Psicologia	Criança Colaborativa com nível intelectual dentro da média esperada para a sua faixa etária a nível geral (QIEC 90); e domínio perceptivo-motor (QIR 96); e médio inferior no domínio verbal (QIV 86). Necessidade de treino de competências cognitivas; insegurança perante situações novas
Psicomotricidade	Criança participativa quando motivada Dificuldades: Consciência corporal; organização visuo-espacial; planificação psicomotora; criança insegura queixas somáticas e fatores ansiogénicos

Apesar do plano terapêutico institucional já se encontrar estabelecido, a estagiária sentiu a necessidade de identificar o perfil psicomotor do João e estabelecer outros possíveis objetivos terapêuticos da sua intervenção.

A identificação de outros objetivos terapêuticos teve como intuito uma melhor adequação das tarefas (sugeridas pela própria estagiária ou despoletadas pela iniciativa do João) de forma a abranger às necessidades de intervenção já identificadas, e a promover o desenvolvimento biopsicossocial do João. Na tabela 12, é possível observar o perfil psicomotor do João, os objetivos institucionais e os objetivos terapêuticos estabelecidos pela estagiária.

Tabela 12: Perfil Psicomotor e Objetivos Terapêuticos

Perfil Psicomotor do João	
Áreas Fortes	Áreas menos Fortes
Iniciativa psicomotora e Participação Ativa (quando motivado) Interação com o adulto Comunicação receptiva	Motricidade global Noção do corpo/ consciência corporal Organização Visuo-espacial Planificação psicomotora
Objetivos da intervenção Psicomotora Departamento de Psicomotricidade	
Executar com sucesso tarefas que impliquem noções visuo-constructivas, sob orientação em pelo menos 70% das sessões.	
Objetivos Terapêuticos da Estagiária	
Planificação Psicomotora	Sugerir tarefas que impliquem a tomada de decisão, estruturando que para o objetivo final haja 2/3 etapas anteriores. Incentivar o João definir a tarefa a realizar e posterior explicação das suas condições/regras.
Noção do corpo e consciencialização corporal	Sugerir tarefas que impliquem a representação e identificação corporal (investir na sua imagem). Incentivar o João a diversificar as condições do envolvimento corporal ao longo das atividades (em pé, sentado, deitado, espalhar olhos abertos, olhos fechados, espaços pequenos, espaços grandes, diferentes desafios motores). Sugerir atividades de relaxação e reflexão sobre si próprio (expressão de sensações e estados).
Comportamental e relacional	Reduzir os comportamentos de fuga e evitamento utilizando estratégias que antecipem e controlem a ansiedade do João antes de atingir estados de frustração. Promover atividades adequadas ao interesse e à promoção de competências executivas do João de forma a melhorar os seus tempos de atenção e de concentração na tarefa.

Síntese da intervenção / 1.º Plano Individual de Reabilitação.

O plano terapêutico do João contemplava as três sessões terapêuticas. À segunda-feira começava com terapia ocupacional das 9h-10h; depois intervenção psicomotora das 10h-11h e posteriormente alternava semanalmente entre terapia da fala e psicologia das 11h-12h. Entre as terapias o João podia ir à sala de espera da ludoteca na receção, brincar ou comer, onde tinha a mãe à sua espera.

A estagiária encontrava-se com o João na sala de espera, quando este não aparecia na sala de psicomotricidade acompanhado com o terapeuta ocupacional. Quando a sessão terminava a estagiária levava o João até à sala de espera ou até à sala de psicologia/ terapia da fala, consoante a decisão do profissional da sessão que se seguia.

Entre 14 de outubro e 24 de fevereiro a estagiária interveio 15 vezes com o João, podendo ser observado na tabela 13 a frequência com que foram trabalhados os objetivos terapêuticos institucionais e os estabelecidos pela estagiária.

Nos primeiros 3 meses de intervenção o João apresentava um comportamento inadequado que nem sempre era consistente e presente de sessão para sessão, mas que se foi agravando.

Nas sessões onde foram visíveis comportamentos inadequados, estes expressavam-se sob a forma de cansaço (senta-se e suspira), desculpa por estar doente (tosse constipado), evitamento com negação e fuga (muda de assunto ou de espaço), querendo o João levantar-se e abandonar a tarefa. Como estes comportamentos eram expressos 15 minutos antes de terminar a sessão a estagiária tentava que a mesma terminasse com o sentimento de sucesso por parte do João. Deste modo a estagiária ouvia o João, conversava e/ou modificava a tarefa de forma a facilitá-la, preparando o João para abandonar o espaço terapêutico.

Tabela 13: Intervenção psicomotora e frequência do exercício dos objetivos terapêuticos do 1.º plano de intervenção (15 sessões)

Intervenção psicomotora e frequência do exercício dos objetivos terapêuticos			
Momentos de Intervenção	Objetivos trabalhados	Frequência	Sessões
Avaliação	Avaliação Informal		2
Objetivos da intervenção Psicomotora do DP	Executar com sucesso tarefas que impliquem noções visuo-construtivas, sob orientação em pelo menos 70% das sessões.	15 Tarefas	10
Programa estabelecido com os Objetivos Terapêuticos da Estagiária	Planificação psicomotora em representação gráfica: Melhorar as capacidades de praxia fina	6 Tarefas	
	Planificação do pensamento e discurso: promover a clareza do discurso e capacidade de argumentação e autoestima	4 Tarefas	
	Desenvolver estratégias de planificação psicomotora no desenvolvimento da motricidade global	3 Tarefas	
	Promover a noção e consciencialização do corpo (imagem e esquema corporal)	7 Tarefas	
	Promover a criação de novos esquemas motores	3 Tarefas	
	Promover a coordenação oculo-manual e oculo-podal	3 Tarefas	
Comportamental e Relacional	Reduzir os comportamentos de fuga e evitamento utilizando estratégias que antecipem e controlem a ansiedade do João antes de atingir estados de frustração. Promover atividades adequadas ao interesse e à promoção de competências executivas do João de forma a melhorar os seus tempos de atenção e de concentração na tarefa	23 Tarefas	3
	Avaliação	Aplicação da NP-MOT e Baby Rey	

Estes comportamentos eram entendidos como manifestações de uma dificuldade em alterar a rotina, mudar de contexto e abandonar o espaço terapêutico. No entanto, a estagiária e o orientador local começaram por entender que estes comportamentos poderiam ser motivados pela intencionalidade do João para ir brincar na sala de espera, e que neste caso, os próximos comportamentos disruptivos apresentados pelo João tinham de ser confrontados com esta intencionalidade.

De facto, a intencionalidade supracitada, tornava-se cada vez mais influente no decorrer das sessões, chegando o João a confrontar os adultos presentes (estagiária e orientador) com insultos verbais e expressões comportamentais com intencionalidade de violência física.

Após estes comportamento disruptivos os técnicos das diferentes terapias reuniram com a mãe do João e restringiram as duas idas à ludoteca entre terapias, passando apenas para uma ida, consoante o comportamento apresentado pelo João na sessão anterior, ou seja, o/a terapeuta da sessão seguinte decidia em conjunto com terapeuta anterior se o João merecia ir.

Até ao final do 1.º PI, a 10 de março de 2014, o João não expressou mais comportamentos disruptivos sobre a forma de violência verbal ou física, no entanto ainda expressava alguns comportamentos disruptivos sob a forma de negação ou evitamento sempre que não se sentia confortável na área trabalhada.

Estes comportamentos eram mais frequentes sempre que o espaço terapêutico era mais exigente do ponto de vista motor, de organização e planeamento: construção simbólica ou elaboração de atividades de regras e objetivos.

Ao longo da intervenção terapêutica a expressão comportamental do João ficou marcada pela manifestação de comportamentos que do ponto de vista psicopatológico, segundo Marcelli e Cohen (2010), podem ser vistos como um sinal de possível existência de um conflito inconsciente ou pré-consciente relacionado com disfunções ao nível da expressão comportamental e identidade de género. Como já foi mencionado anteriormente, a síndrome associada à alteração genética do João apresenta uma pré-disposição para a manifestação de problemas de comportamento e alterações psíquicas, alguns sinais desta correlação já parecem manifestar-se, apesar do João ainda só ter 6 anos:

- A expressão comportamental do João é caracterizada pela manifestação de sinais de insegurança perante situações novas, queixas somáticas, fatores ansiogénicos, comportamentos de fuga, evitamento e frustração, terminando as situações mais graves em desorganizações psicomotoras onde o João verbaliza ameaças e insultos, como por exemplo “eu vou-te matar” e tentativas de agressão, como por exemplo apontar o dedo em provocação com tentativa de contacto corporal;
- Quando não consegue alcançar o nível de sucesso numa atividade que pretende e se apercebe do seu insucesso, arranja explicações para o acontecimento, como por exemplo, “a casa está mal pintada porque está assombrada”; quando se sente demasiado pressionado utiliza processos de transferência de culpa no outro: “tu não sabes”, “sai daqui”, “tu não és”, em situação de crise após ter expressado comportamentos agressivos, provoca o choro até ao estado de hiperventilação e profere queixas somáticas de forma a obter uma desculpabilização;
- Nas deslocações até ao centro era frequente aparecer de chucha, apesar de já ter 6 anos, sendo a mesma retirada pela mãe antes das terapias. A presença deste objeto na vida do João, foi igualmente visível pelos terapeutas, num momento em que o João solicitou a chucha à sua mãe como elemento apaziguador, após ter um comportamento desajustado numa situação de crise;
- Em sessão terapêutica quando eram trabalhados conceitos relacionados com a noção do corpo, o João evidenciara em algumas situações expressões comportamentais características ou associadas ao género feminino:
 - Prefere brincar com objetos mais frequentemente associados às meninas como bonecas, póneis, pedindo para prenda de natal uma casa de bonecas;
 - Quando lhe é dada a oportunidade de representar simbolicamente uma personagem, escolhe preferencialmente uma figura feminina, e representa-a simbolicamente com características femininas, como por exemplo, fingir deslocar-se em salto-alto. A sua mãe confirma este comportamento em casa, afirmando que o mesmo brinca com o calçado dela;
 - A própria representação do corpo é marcada por elementos femininos, apesar de mencionar o sexo correto.

Pela descrição anterior é possível identificar as dificuldades expressas ao nível da imagem corporal. Por exemplo, na figura 14 o João acrescentou à representação do seu corpo brincos nas orelhas e fora dos limites do corpo desenhou o que disse ser as suas “cuecas e a pilinha”. Na figura 15 a representação do próprio corpo é realizada com cabelo comprido, salto alto, representação das mãos sem definição dos dedos.



Figura 14: Representação corporal do João em tamanho real (terapeuta contorna a giz o seu corpo no colchão)

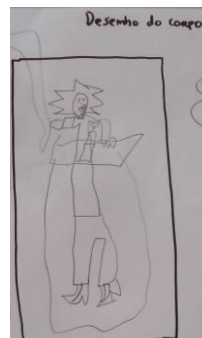


Figura 15: Desenho do Corpo do João numa folha de papel

2.3.3.3 Avaliação final | 1.º Plano Individual de Reabilitação.

O encerramento do plano individual em termo institucional visa a aferição do sucesso do objetivo institucional da intervenção psicomotora. No entanto é uma prática do departamento realizar uma avaliação psicomotora de forma a poder identificar as futuras necessidades interventivas do João.

Os momentos de avaliação final foram constituídos pela aplicação dos seguintes instrumentos: teste da Figura Complexa de Rey (Figura B - Baby Rey) e NP-MOT. Esta opção justifica-se por terem sido os dois instrumentos utilizados no início do plano terapêutico, e por avaliarem as áreas da intervenção psicomotora não se sentiu necessidade de alterar esta escolha.

Síntese dos Resultados da aplicação do teste da Figura Complexa de Rey (Figura B – Baby Rey).

A aplicação da Figura B- Baby Rey foi realizada em cerca de 20 minuto durante uma sessão terapêutica e teve como intuito verificar as capacidades de organização perceptivo-motora, atenção e memória visual imediata do João. A interpretação dos resultados do desempenho do João será qualitativa e comparativa em relação aos resultados do seu desempenho anterior, neste mesmo teste.

O João consegue copiar todos os elementos, pontuando por conseguir intersectar todas as figuras, ou seja, consegue copiar todos os elementos e interliga-os formando uma única imagem, à semelhança da figura original. No entanto falha nas proporções apresentadas e na representação das intersecções entre linhas (limites de algumas figuras estão em aberto e / ou os limites ultrapassam as intersecções).

Comparando o atual desempenho com o anterior é visível que o João evolui na sua reprodução, uma vez que consegue representar as intersecções entre figuras, mesmo que a proporção não esteja adequada. Esta conquista revela uma melhoria ao nível perceptivo-visual e motor, pela discriminação e reprodução de apenas uma imagem com a intersecção de várias figuras, contrariamente a uma reprodução de três figuras diferentes, sem qualquer ligação.

O João inicia a cópia da figura pela reprodução do elemento de maiores dimensões (retângulo), colocando de seguida as suas principais figuras (porta e linhas), posteriormente desenha a figura à direita (quadrado) e por último a figura à esquerda (círculo e triângulo). Esta estratégia, na representação topográfica, encontra-se adequada uma vez que representa em primeiro lugar o elemento de maiores dimensões, elemento essencial para estabelecer as correlações espaciais com os outros elementos.

A representação em memória tem todos os elementos da figura original mas, comparativamente à cópia, é mais notória a falha nas proporções das figuras e a representação das figuras sem qualquer intersecção, i.e., representa os elementos em separado. Comparando o desempenho atual com a anterior avaliação, é possível identificar a presença de mais dois pormenores na figura.

No que diz respeito à organização perceptivo-motora verifica-se que este realiza a sua representação com a mesma ordem de organização que realiza em cópia, à exceção de um pormenor. Esta evidência revela que o João conseguiu reter os elementos essenciais derivados dos engramas perceptivo-visuais assim como motores.

Síntese dos resultados na NP-MOT.

O João apresenta um perfil hipotónico caracterizado pela flacidez muscular; pouca flexibilidade e lentificação psicomotora. No entanto em atividade demonstra alterações tónicas, através de hipertonía como resposta ao toque do outro.

O João obteve sucesso nas provas de lateralidade, gnóscias tácteis, orientação espacial e na adaptação aos ritmos auditivo-perceptivo-motores, tendo inclusive melhorado o seu desempenho em relação à avaliação anterior.

Estes resultados são representativos de uma evolução ao nível dos processos de maturação e de organização da especificidade hemisférica e do conhecimento acerca do seu corpo e do outro (esquema corporal).

As suas maiores dificuldades foram expressas nas seguintes provas ou domínios: equilíbrio dinâmico e estático, praxias manuais, prono-supinação, habilidade-oculo-manual, adaptação aos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos e atenção auditiva.

Ao longo do seu desempenho, especialmente nas provas onde teve mais dificuldade, foi evidente a presença de sincinésias.

Estes resultados expressam as dificuldades que o João apresenta nos processos que envolvem a integração de informação sensorial (perceptivo-visual e auditivo-visuo-quinestésica), a praxia e a consciência corporal, influenciando todas as relações que indivíduo tem com o seu meio envolvente.

Por último em termos comportamentais, o João revelou-se um sujeito que colabora com as atividades especialmente se motivado, com dificuldades ao nível da atenção permanecendo atento por curtos períodos de tempo. É uma criança impulsiva revelando-se pela sua dificuldade na inibição de estímulos. No anexo H, p. 93, é possível consultar uma descrição exaustiva dos resultados desta bateria e sua consequente significação psiconeurológica, e no anexo I, p.111, um gráfico síntese dos resultados da NP-MOT.

Encerramento do 1.º Plano Individual de Reabilitação / Resultado da intervenção psicomotora.

No decorrer do primeiro PI do João a estagiária foi sentido que a relação terapêutica com o João, apesar de ser um processo contínuo de construção, foi sendo estabelecida e fortificada de sessão para sessão. Os objetivos terapêuticos estabelecidos para o João foram possíveis de operacionalizar sendo neste momento visíveis algumas alterações no desenvolvimento psicomotor do João.

Tendo em conta que o objetivo institucional da intervenção psicomotora pretendia que o João executasse com sucesso tarefas que impliquem noções visuoconstrutiva, sob orientação, em pelo menos 70% das sessões, verificou-se o seguinte: das 26 intervenções entre o início do plano a 25 de fevereiro de 2013 e o seu fim a 10 de Março de 2014, o supracitado objetivo foi monitorizado 12 vezes, tendo o João alcançado sucesso em 8 sessões atingindo uma taxa de sucesso de 67%.

Das 26 intervenções que o João usufruiu durante o seu contrato terapêutico 15 foram dadas pela estagiária tendo sido monitorizado o objetivo institucional em 8 sessões, atingindo com sucesso o mesmo por 6 vezes. Nas restantes 7 sessões, 5 incidiram sobre a promoção do desenvolvimento de outras áreas e 2 sobre a avaliação final.

Apesar da percentagem de sucesso atingida não ser superior à percentagem de sucesso proposta, considerou-se que o objetivo foi alcançado com base na melhoria observada na prova de avaliação "Figura B - Baby Rey", em relação à avaliação realizada no início do plano.

Em termos institucionais o encerramento deste primeiro PI de reabilitação foi operacionalizado através inclusão da informação respetiva à avaliação final de todas as áreas técnicas, no documento respetivo ao PI do João, e sua integração no processo do mesmo. Este processo foi realizado pelo gestor do caso do João (psicomotricista orientador), após reunião de equipa.

A última etapa deste processo foi a apresentação dos resultados do PI à família do João, pelo gestor de caso.

Com base no comportamento do João ao longo das sessões assim como nos resultados do seu desempenho nas avaliações anteriormente descritas, as principais necessidades terapêuticas identificadas para a próxima intervenção psicomotora são:

- Na regulação do comportamento: em momentos de espera, (re)adaptação à mudança, reações perante o insucesso e ao cumprimento de regras;
- Dificuldades na integração de informação sensorial e consciência corporal, mais especificamente na autoimagem e identificação de género.

2.3.3.4 Elaboração do 2.º Plano Individual de Reabilitação.

Uma vez que na avaliação final todas as áreas técnicas voltaram a identificar necessidades de intervenção, o João continuou a ser acompanhado pelos mesmos profissionais, sendo o seu novo plano elaborado pelo gestor de caso, após reunião de equipa. Nesta reunião cada profissional expôs um ou dois objetivos terapêuticos que se proponha a monitorizar ao longo do próximo PI.

Tendo em conta a avaliação final da terapia psicomotora, esta área técnica apresentou-se em reunião com a possibilidade de monitorizar um objetivo que incidisse num destes dois domínios:

- Noção do corpo, mais especificamente na consciencialização e representação gráfica do “EU” corporal; ou
- Regulação do comportamento, com o intuito de reduzir a frequência de comportamentos inadequados que se foram tornando mais visíveis neste último PI.

Uma vez que o departamento de psicologia também considerou como necessidade terapêutica um objetivo que incidisse na regulação do comportamento, as duas áreas técnicas optaram por monitorizar o mesmo objetivo, podendo avaliar assim o desempenho do João em dois contextos.

Uma vez que o objetivo institucional da terapia psicomotora incidiu sobre o domínio comportamental, a estagiária manteve os seus objetivos para o João tendo em conta as suas necessidades em questão (consultar na tabela 12, p. 55, os objetivos terapêuticos). Desta forma a sua intervenção terapêutica tinha como intuito continuar a trabalhar os objetivos terapêuticos já identificados na avaliação inicial do João, ao mesmo tempo que monitoriza o seu comportamento em sessão (objetivo institucional).

Síntese da intervenção / 2.º plano de intervenção.

Entre o fim do primeiro plano de intervenção e o início do segundo plano de intervenção o João teve 4 sessões de psicomotricidade que procuraram consolidar o objetivo anteriormente delineado e finalizar a avaliação do João.

Após estas 4 sessões o João interrompeu a intervenção terapêutica nas três sessões seguintes por estar de férias da Páscoa. Pelos motivos supracitados o 2.º PI só se iniciou a 28 de abril. Na tabela 14 é possível observar a síntese do 2.º PI.

Entre 28 de abril e 9 de junho - última sessão monitorizada pela estagiária - o João teve mais cinco sessões, podendo os objetivos terapêuticos implícitos das mesmas, serem consultados na tabela 15.

Tabela 14: Síntese do 2.º Plano Individual de (Re)Habilitação

Validade	28 de abril de 2014 a 28 de abril de 2015	
Objetivos Gerais	Promoção da qualidade de vida no domínio psicológico (ao nível da aprendizagem e concentração)	
Objetivos Específicos	Terapia da fala	Articular o fonema /l/, pelo menos em 25% das sessões monitorizadas
	Terapia Ocupacional	Ser capaz de manter em tarefa durante 15 minutos numa atividade de escrita/cálculo, em pelo menos, 65% das sessões monitorizadas
	Psicologia e Psicomotricidade	Aceitar um conjunto de regras definidas em contexto terapêutico reduzindo o número de comportamentos de oposição ocorrentes nesse contexto em pelo menos 70% das sessões monitorizadas

No decorrer destas sessões a estagiária introduziu uma nova estratégia - ajuda visual (quadro com a sequencialização das tarefas da sessão de acordo com uma ordem temporal) de modo auxiliar o João a identificar a estrutura da sessão e orientar-se durante a mesma em cada uma das atividades. Esta ajuda também permitiu ao João antecipar o final da sessão, sem a existência de comportamentos disruptivos.

Tabela 15: Intervenção psicomotora e frequência do exercício dos objetivos terapêuticos do 2.º plano de intervenção (5 sessões)

Objetivos trabalhados		Frequência Número de tarefas
Objetivos da intervenção Psicomotora do departamento	Objetivo Específico do Departamento de Psicomotricidade: Aceitar um conjunto de regras definidas em contexto terapêutico, reduzindo o número de comportamentos de oposição ocorrentes nesse contexto em pelo menos 70% das sessões monitorizadas	2
Objetivos Terapêuticos da Estagiária	Planificação Psicomotora	Planificação psicomotora em representação gráfica: Melhorar as capacidades de praxia fina
		Planificação do pensamento e discurso: promover a clareza do discurso e capacidade de argumentação e autoestima
	Noção do corpo e consciencialização corporal	Promover a noção e consciencialização do corpo (imagem e esquema corporal)
	Comportamental e relacional	Reduzir os comportamentos de fuga e evitamento, utilizando estratégias que antecipem e controlem a ansiedade do João antes de atingir estados de frustração.
		Promover atividades adequadas ao interesse e à promoção de competências executivas do João de forma a melhorar os seus tempos de atenção e de concentração na tarefa

Apesar de neste curto espaço de tempo de intervenção não ser possível retirar conclusões no que diz respeito ao objetivo institucional, ao nível da representação corporal o João evidenciou alterações.

A sua nova representação corporal, visível na figura 16 do lado esquerdo, revela a imagem clara de uma criança que não usa sapatos altos nem cabelo comprido, contrariamente às suas últimas representações, mas sim sapatos rasos e um cabelo mais curto. No entanto, após ter realizado a sua suposta representação corporal, desenhou outra figura – do lado direito – neste caso um corpo feminino, com cabelo comprido e salto alto, semelhante às suas antigas representações corporais. Quando foi questionado quem era aquela figura, o João respondeu que era a sua Avó.

Não fica claro se o João teve progressos ao nível da sua representação corporal, ou apenas adquiriu o conhecimento do que os outros esperam que ele faça.



Figura 16: Desenho do corpo do João em maio de 2014

2.3.3.5 Avaliação final da intervenção com o João.

O terminar da aliança terapêutica entre o João e a estagiária foi preparado com um mês de antecedência pela mesma, explicando-lhe o ciclo do estágio académico, com o intuito de não defraudar ou criar falsas expectativas ao João (uma vez que este continuaria a ser seguido no departamento por outro profissional).

Relembrando que a avaliação formal do 2.º PI apenas irá ser concretizada em março de 2015, e uma vez que não existe informação adicional significativa (face ao relatado no subcapítulo *Avaliação final do primeiro plano terapêutico*), a descrição da avaliação final da intervenção focalizasse nos resultados escolares do João. Esta informação, não foi da responsabilidade da estagiária mas sim proveniente do relatório da avaliação do final do 1.º ano escolar, da responsabilidade das professoras do João – titular e de ensino especial.

Neste documento referem que o aluno fez a aquisição das competências que lhe permitem transitar para o segundo ano, e que o João revelou:

ser um aluno que necessita de muito estímulo por parte do adulto no que diz respeito à motivação, concentração, atenção e conclusão de tarefas; apresentando evoluções ao nível da execução do traço, apesar de ainda apresentar um tamanho de letra grande com alguma descoordenação motora e dificuldades em respeitar as linhas da folha.

Analisando as notas do João, de um modo geral, obteve uma boa classificação a Matemática, Formação Cívica, Estudo do Meio e Português, no entanto nesta última disciplina obtém insuficiente na produção de discurso e ortografia.

Nas restantes disciplinas, Expressão Físico-Motora, Apoio ao Estudo e Expressão Artística obteve a classificação de suficiente, estando as suas principais dificuldades associadas às seguintes tarefas: domínio de técnicas de pintura, recortar, colagem, dobragem e organização e planificação do estudo.

A intervenção psicomotora no João abrangeu áreas essenciais ao sucesso escolar do mesmo, ainda que continuem a existir dificuldades, o resultado desta intervenção espelhou melhorias ao nível da capacidade de atenção, da noção do corpo (esquema corporal), e na motricidade global do João.

Em suma apesar das dificuldades evidenciadas pelo João no seu processo de reabilitação é possível verificar que as aprendizagens e competências trabalhadas em sessão têm-se repercutido noutros contextos, nomeadamente:

- As competências trabalhadas ao nível das noções visuo-construtivas e representação gráfica, com o objetivo de melhorar a praxia fina foram visíveis na sua evolução do traço,
- As competências trabalhadas ao nível da regulação comportamental com o objetivo de reduzir os comportamentos de fuga e evitamento, parecem ter repercussões positivas no contexto escola pelo facto de não existirem queixas significativas neste domínio ao contrário do que acontecia no jardim-de-infância e cresce.

O João ao longo da intervenção terapêutica conseguiu sair do registo preferencial em trabalho de mesa, explorando espaços que incentivavam tarefas motoras ou de carácter simbólico. A par da evolução da exploração do espaço, também foi visível a exploração no material da sala.

A intervenção psicomotora teve um contributo essencial para o desenvolvimento biopsicossocial do João não só pela sua evolução ao nível da exploração do meio envolvente, como no conhecimento e construção da identidade do João.

Desta forma a estagiária considera pertinente refletir sobre quais foram os principais aspetos facilitadores que permitiram ao João adquirir e progredir nas suas competências.

O sucesso que o João obteve em terapia psicomotora deve-se a uma boa adequação entre a resposta interventiva perante as suas necessidades, mas também devido à cooperação, comunicação e esforço de todas as áreas técnicas da APCC de que o João usufruiu e da existência de uma boa comunicação e cooperação no seio da equipa multidisciplinar.

Também é da opinião da estagiária que uma adequada intervenção terapêutica só o poderá ser na sua globalidade se a família for convidada, integrada e responsabilizada pela sua importância e influência no desenvolvimento psicomotor do João. Uma família que participe ativamente no processo terapêutico do seu filho, comunicando com o gestor de caso acerca das barreiras e ou facilidades que o mesmo apresenta noutros contextos, permite uma adequação em tempo real da reposta terapêutica, contribuindo para a sua melhoria. Esta atitude foi visível por parte da mãe do João que sempre se mostrou disponível, interessada e participativa no decorrer do seu PI do João.

Por último, encontramos o contexto escola, um contexto de extrema importância pelo seu impacto tanto na aprendizagem como em termos sociais (devido à exposição do cliente em relação aos seus pares) na vida dos clientes. Uma escola verdadeiramente inclusiva, que comunica com os restantes contextos de vida do João, possibilita aos seus alunos não só melhores aprendizagens escolares e contribui para a maturação das aprendizagens realizadas em processos terapêuticos. A escola do João enquadrou este aluno numa turma de pequenas dimensões e conseguiu possibilitar-lhe os apoios a que tinha direito segundo o decreto de lei n.º 3/2008, ou seja, apoio pedagógico personalizado.

Concluindo, os resultados apresentados pelo João não seriam os mesmos sem a estreita cooperação de uma equipa de reabilitação multidisciplinar, a família participativa e uma escola inclusiva.

Finalizando, a estagiária considera que é importante para o João:

- Continuar a trabalhar os objetivos específicos presentes no 2.º PI, a consciencialização corporal e sua representação;
- Acompanhar os comportamentos disruptivos que podem indiciar o desenvolvimento de problemas de ordem psicopatológica;
- Manter a articulação entre a intervenção terapêutica a família e a escola de forma ajudar o João a formar a sua identidade e a potenciar o seu desenvolvimento biopsicossocial.

3 Outros Tipos de Atividades da Estagiária

Para além da intervenção direta com os clientes e do contacto com a gestão dos seus processos, a estagiária desempenhou outras tarefas que se enquadram dentro do que foi a sua intervenção e função na instituição.

Dentro do contexto institucional a estagiária teve acesso a todas as atividades realizadas dentro do DP e entre o DP e os outros departamentos/gabinetes do CRPCC. De uma forma mais detalhada serão descritas as dinâmicas onde a estagiária participou mais ativamente:

- Contributo para a reestruturação do DP;
- Integração nas equipas do CRPCC: dinâmicas desenvolvidas por algumas equipas de reabilitação (como atuam, para além das reuniões necessária à gestão de processos dos clientes);

- Relação entre Gabinete de Voluntariado e DP.
- Atividades diversas.

3.1 Contributos para o Departamento de Psicomotricidade.

Durante o estágio, e pelas necessidades decorrentes do seu funcionamento, a estagiária fez algumas sugestões, acolhidas pela instituição, que contribuíram para a reestruturação do DP, nomeadamente (a) modelo de planeamento/relatório de sessão e um (b) registo de presenças/ monitorização do cliente.

No DP a estagiária tinha livre acesso a todo o material, assim como a possibilidade de utilizar o computador da sala. Este acesso e disponibilidade na partilha de um espaço, permitiu à estagiária sentir o espaço também como seu e motivou o investimento da mesma na sua manutenção e no seu desenvolvimento, tal como foi possível observar pelas atividades desenvolvidas que se relacionam com o processo de informatização do departamento e construção de material.

Informatização do departamento.

Desde cedo a estagiária iniciou a intervenção direta com os clientes, e realizou sob o formato de papel os registos das suas intervenções e a presença dos clientes.

No entanto, segundo a política da APCC, é necessário que cada registo de intervenção e monitorização da mesma seja realizado no processo do cliente. Não tendo a estagiária permissão para escrever nos processos dos clientes (apenas para os consultar) criou-se a necessidade da passagem de informação entre o psicomotricista e a estagiária, de forma a que ambos tivessem acesso a todos os registos e pudessem partilhar informações.

Assim, a estagiária criou uma pasta partilhada na *cloud* intitulada de Departamento de Psicomotricidade criando uma forma de acesso comum à informação entre psicomotricista orientador e a estagiária. Nesta pasta foram colocadas informações recorrentes de todas as sessões dirigidas pela estagiária assim como documentos que a mesma criou ((a) relatórios /planeamento de intervenção e (b) registo de presenças com monitorização), de forma a reunir a informação relativa ao cliente e a facilitar o seu acesso.

Este sistema permitiu de forma mais eficiente a comunicação entre os elementos da equipa, facilitando a revisão da assiduidade dos clientes, contabilização das suas monitorizações para fins de avaliação final, e por último, poder associar determinado resultado da monitorização com à descrição da atividade realizada e o desempenho do cliente.

Com a criação desta conta comum foi possível a passagem de informação no que diz respeito à elaboração de avaliações, preparação de formações, elaboração de determinada etapa dos processos individuais, etc.

Construção de material.

O DP apresenta num contexto de intervenção em sala, material e condições necessárias a uma prática diversificada. No entanto, na valência de equitação terapêutica, não se podia afirmar o mesmo, uma vez que neste espaço só exista material específico de equitação.

A prática de equitação terapêutica desenvolvida pelo DP, decorria maioritariamente em sessões de grupo, no entanto pela impossibilidade de todos os clientes entrarem ao mesmo tempo para dentro do espaço do picadeiro, havia uma pequena sala de espera onde os clientes enquanto aguardavam a sua vez podiam realizar atividades de mesa, acompanhados por uma auxiliar de educação.

A limitação de material neste espaço, levou a estagiária a pensar em soluções que permitissem trabalhar diferentes componentes inerentes ao desenvolvimento: (i) diversificar a prática de equitação terapêutica dentro do picadeiro (para todos os profissionais que utilizavam este espaço) e (ii) relacionar o contexto da equitação terapêutica com a terapia psicomotora, através de tarefas de mesa a realizar no período de tempo em que os clientes se encontravam à espera da sessão.

Neste sentido a estagiária construiu para o objetivo (i) painéis com letras, números, cores e imagens de forma a permitir o trabalho de associação (letra-imagem, e de cores) e orientação espacial (deslocações com base numa ordem numérica/alfabética), como se pode verificar na figura 17. Para o objetivo (ii) relacionar o contexto da equitação terapêutica com a terapia psicomotora, foi construído um puzzle onde se poderiam trabalhar as competências do esquema corporal e imagem do corpo como se pode observar na figura 18.



Figura 17: Exemplo de imagens de associação



Figura 18: Puzzle Equitação Terapêutica

Apesar de a estagiária conseguir construir material para ambos os objetivos, o material possível de aplicar em picadeiro não foi operacionalizado, pois essa ação só poderia partir do responsável do picadeiro, e até ao fim do estágio, essa ação não foi visível. O material construído de forma a poder alargar a influência da terapia psicomotora aos clientes que aguardavam a sua entrada para a sessão terapêutica, foi operacionalizado e passou a fazer parte dos instrumentos do DP para a valência de equitação terapêutica.

3.2 Integração nas equipas do CRPCC.

O raio de intervenção da APCC é a região centro, e neste sentido, por vezes chegam à associação pedidos de clientes ou de escolas que procuram na APCC: reavaliações, materiais de apoio, orientações pedagógicas e terapêutica (no caso dos clientes) e ações de sensibilização, orientações pedagógicas, terapêuticas e dinâmicas com envolvimento entre o departamento de educação especial de determinado agrupamento e a APCC (no caso das escolas).

O facto de só existir um psicomotricista no CRPCC fez com que este se tivesse de articular com todas as equipas existentes. Este facto fez com que, esporadicamente, para além do normal atendimento do DP acrescessem outras tarefas. Via assistente social ou técnicos de determinada equipa, chegavam ao departamento pedidos para avaliações de indivíduos, que já eram clientes da APCC (mas que solicitavam a avaliação pretendendo usufruir da intervenção psicomotora), ou indivíduos que estavam a passar pelo processo de admissão no APCC e necessitavam de ser avaliados pelo DP. A estagiária, em qualquer solicitação que surgia, foi sempre desafiada pelo seu orientador a assumir as diretrizes da avaliação sob supervisão do mesmo.

Durante o período de estágio a estagiária realizou três serviços externos:

- Serviço externo com a equipa da Guarda: Este serviço foi em resposta à solicitação do Agrupamento de Escolas do Fundão e consistiu numa ação de sensibilização onde participaram os departamentos de Psicomotricidade e Terapia Ocupacional e a Oficina do Brinquedo. A referida ação abordou a importância do brincar, demonstração de brinquedos adaptados e demonstração de uma atividade lúdico-terapêutica, possível de realizar em pessoas com NEE, a zarabatana;
- Serviço externo com a equipa de Coimbra I, à escola do cliente CRI: reunião de final de período de um cliente via CRI que consistiu na troca de informações acerca do cliente, entre a equipa de técnicos da APCC (terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade) e a professora de educação especial e posterior comunicação da situação à família do cliente;
- Serviço externo com a equipa de Coimbra I na escola: resposta ao pedido de avaliações de crianças, tendo a escola o intuito de saber a opinião dos técnicos para posteriormente formulação dos pedidos de acompanhamento via CRI para o ano letivo seguinte.

3.3 Relação entre Gabinete de Voluntariado | Departamento de Psicomotricidade.

O gabinete de voluntariado é um dos gabinetes mais pró-ativos da APCC e que envolve uma elevada gestão de pessoas a nível de voluntariado nacional e internacional.

Quando a estagiária iniciou o seu estágio em outubro, o psicomotricista orientador comprometeu-se a colaborar no projeto final “bem-estar e relaxação” de duas voluntárias europeias. Dentro do projeto a tarefa do psicomotricista consistia em dinamizar uma sessão de sofrologia aos clientes da residência da APCC. No entanto, o psicomotricista teve que se ausentar do país e devido à impossibilidade de comparecer no evento, foi a estagiária que assumiu essa função.

A sua função passou pela responsabilidade de assumir um grupo nas atividades desenvolvidas na sala de snoezelan, orientando os voluntários nacionais e os clientes e dinamizar a sessão de sofrologia.

Ao longo do período de estágio, a estagiária assumiu a coordenação do grupo de zarabatana, o que consistia em orientar 4 clientes e 3 voluntárias (duas internacionais e uma nacional). Durante este período de tempo a estagiária teve de adequar não só a sua intervenção com os clientes como guiar a ação das voluntárias em inglês, promover a relação e a comunicação das mesmas com os clientes.

3.4 Outras Atividades.

Dentro do contexto institucional a estagiária participou nas saídas ao exterior com os clientes, nas ações de formação interna colaborando na preparação de uma das formações desempenhadas pelo DP e participando noutras formações como formanda.

A APCC é uma instituição com diversas valências e que apresenta atividades educativas, terapêuticas e lúdicas a um elevado número de clientes, neste sentido, a sua presença junto da comunidade é frequente e exige a presença de um elevado número de recursos humanos para garantir a possibilidade de assegurar a realização das atividades no exterior. Desta forma, a estagiária participou na saída dos alunos da Escola EB1 da APCC e dos clientes do jardim-de-infância da APCC, acompanhando os respetivos clientes até à Feira das Colheitas em Coimbra; no acompanhamento clientes APCC via escola e via Centro de atividades ocupacionais (CAO), numa atividade de desporto aquático (canoagem no rio Mondego) e no acompanhamento dos clientes da equipa de futebol em cadeira de rodas elétrica numa demonstração a um agrupamento de escolas em Aveiro.

A participação da estagiária nas formações internas ocorreu quando o DP e o Departamento de Psicologia decidiram unir, reunir e preparar uma formação interna com o título “da percepção à representação”. Durante a preparação da formação a estagiária foi convidada a integrar o grupo de trabalho tendo as seguintes funções: pesquisa de informação e total responsabilidade na preparação audiovisual da mesma.

Durante o período de estágio a estagiária teve ainda acesso a uma formação interna sobre a dor na criança, com duração de 2 horas, e a possibilidade de tirar o curso de Hipoterapia/ Equitação Terapêutica, com duração de 40 horas.

Limitações e Dificuldades/Desafios

Ao longo do tempo de estágio no CRPCC foram sentidas algumas dificuldades ou limitações que, de alguma forma, tiveram impacto na formação pessoal e profissional da estagiária assim como dos seus modelos de intervenção psicomotora.

Até à data, no DP da APCC, não tinha havido um estágio curricular no âmbito de Mestrado. Por esse motivo no início do estágio houve um período de adaptação onde o psicomotricista orientador e estagiária dialogaram sobre quais os conhecimentos, fundamentos lecionados no âmbito de mestrado de forma a poderem identificar que conteúdos/áreas seria necessário fazer uma revisão. O que pode ter parecido uma limitação, rapidamente se tornou num desafio, que continua a estimular a mestranda, até aos dias de hoje, a procurar informação técnica sobre a intervenção psicomotora.

O facto de a estagiária incorporar as sessões e atividades constantes no horário laboral do psicomotricista orientador fez com que, no fim do primeiro mês, começasse a sentir dificuldades na gestão do seu tempo pela necessidade de realizar as seguintes atividades fora do horário laboral de atendimento do DP: preparação e registo das sessões, caracterização da instituição/preparação do relatório de estágio e estudo autónomo sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil/temáticas inerentes à população alvo da intervenção do DP. No entanto foi a própria dificuldade de gestão de tempo e a necessidade de melhorar a comunicação da estagiária com o psicomotricista orientador que desafiou a mesma a inovar e a construir uma forma de comunicação entre os dois elementos do DP através da informatização dos documentos e registos dos clientes atendidos.

A dificuldade na gestão do tempo pós horário laboral poderá ter-se refletido em algum momento em termos de cansaço físico, mas nunca desmotivou a estagiária a estar disponível para os seus clientes assim como a dar o melhor de si, tanto dentro do departamento como dentro da instituição.

Na prática clínica as principais dificuldades tiveram que ver com situações que são possíveis de ocorrer em contexto terapêutico, mas que devido à falta de experiência da estagiária constituíram para si as principais situações problema que ocorreram no presente estágio.

Inicialmente estas primeiras situações-problema estavam relacionadas com os momentos em que era testada a liderança da estagiária na intervenção terapêutica uma vez que no mesmo espaço terapêutico se encontra o psicomotricista orientador. Estas dificuldades levaram a estagiária a ter necessidade de adotar uma postura/atitude mais firme; afirmar a liderança no espaço terapêutico; e assumir o papel de terapeuta principal, no mesmo espaço físico onde se encontrava um outro profissional mais experiente.

Uma outra dificuldade esteve relacionada com a gestão dos comportamentos disruptivos por parte dos clientes (fuga, evitamento, birra, oposição, frustração), e a compreensão dos mesmos, i.e., a distinção entre os comportamentos disruptivos que poderiam derivar da condição do indivíduo e os que poderiam derivar de um desajuste da escolha e adequação das atividades propostas pela estagiária. Neste processo de aprendizagem de sessão para sessão, a estagiária foi conhecendo com os seus clientes formas de prever as suas possíveis reações a determinadas situações, i.e., adaptando melhor as atividades sugeridas com o intuito de poder antecipar e prevenir o insucesso dos clientes.

A estagiária foi adquirindo as competências supracitadas à medida que foi conhecendo as suas próprias potencialidades, as potencialidades do seu espaço terapêutico e dos seus clientes.

Em termos institucionais, apesar da APCC ser uma instituição que prima pelo equipamento ao nível dos recursos materiais e profissionalismo nos recursos humanos nas suas diversas valências/serviço, na realização do serviço de Equitação Terapêutica foram sentidas algumas dificuldades. Este serviço, realizado no picadeiro da Quinta da Conraria, dependia de uma articulação entre os elementos responsáveis pela gestão do picadeiro e os departamentos de fisioterapia e psicomotricidade do CRPCC, no entanto foram sentidas algumas limitações ao nível da organização e funcionamento do serviço assim como nos recursos materiais.

Neste sentido, as diversas ocorrências que limitaram as sessões de Equitação Terapêutica dirigidas pelo Departamento de psicomotricidade foram: impossibilidade de utilizar o espaço terapêutico pelo facto estar a ser utilizado para outros fins sem aviso prévio; dificuldade em utilizar determinado cavalo por se encontrar doente; dificuldades comunicar o responsável do picadeiro pelo facto de muitas das vezes não se encontrar presente nas instalações; e por último existência de pouco material terapêutico à exceção do normal material da prática equestre. Estas dificuldades incentivaram a estagiária a construir material terapêutico adaptado ao contexto equestre que se pudesse identificar com a prática psicomotora e o contexto equitação terapêutica.

Conclusão

Se elaborássemos uma analogia entre as diversas profissões e os seus objetos de estudo/materiais/ferramentas essenciais, poderíamos afirmar que da mesma forma que ligamos o estetoscópio e o doente ao médico, o livro e o estudante ao professor, a ferramenta de trabalho do psicomotricista é o seu próprio corpo e o seu objeto de estudo é o indivíduo na sua unidade, i.e., o seu corpo em relação, na constante interação em cada momento, no aqui e no agora.

A profissão de psicomotricista é recente em Portugal, no entanto o seu reconhecimento tem vindo a crescer nas equipas multidisciplinares de acompanhamento terapêutico e/ou educacional, tal facto pode ser explicado segundo Ballouard (2006), pela afirmação da função do psicomotricista como o profissional especialista, na avaliação das manifestações corporais do indivíduo e seus significados, bem como no estabelecimento de um diálogo corporal (tónico-emocional).

Atualmente, o facto desta profissão, já apresentar Código Deontológico e um Regulamento da Prática Profissional onde estão edificadas as vertentes, os modelos e as metodologias da intervenção Psicomotora, constitui um passo para que futuramente possamos ver a profissão regulamentada no Ministério de Educação e Saúde a par da sua atual regulamentação nas IPSS.

No que concerne à instituição de acolhimento, a APCC é uma instituição exemplar neste sentido, onde a profissão de psicomotricista se encontra reconhecida pela existência de DP na instituição e integrada na resposta social, (terapêutica e educacional) das diferentes equipas multidisciplinares, sendo inclusive descrita no manual de funções da instituição as funções do psicomotricista no âmbito institucional.

Em termos organizacionais a APCC revelou-se uma instituição muito bem organizada naquilo que são os seus procedimentos, serviços e articulação de valências, que procura melhorar continuamente os seus serviços, sendo prova disso a obtenção do certificado European Quality in Social Services (EQUASS) com nível II, correspondente ao EQUASS Excellence. O contacto da estagiária com esta organização processual, como por exemplo, as metodologias das equipas multidisciplinares, o acompanhamento dos casos (gestor de caso), a construção dos PI, entre outros, permitiu compreender a função do psicomotricista na sua prática profissional para além da intervenção direta como os clientes ou seja, aprender diferentes práticas inerentes à gestão dos processos terapêuticos dos clientes e à comunicação entre os diferentes contextos participativos no processo terapêuticos, família e escola.

No que concerne à principal população alvo do DP, a PC, como afirmam Rosenbaum et al., 2007, pode ser descrita como um grupo de desordens permanentes no desenvolvimento da postura, movimento e função motora, que causam limitações à atividade, e/ou, participação.

A expressão heterogénea do quadro clínico associado à PC resulta da diversidade de perturbações (não progressivas) que podem ocorrer num cérebro de um Ser que ainda se encontra desenvolvimento. Bax et al. (2005) afirmam que existem fatores que condicionam a sua expressão clínica, podendo a mesma alterar-se consoante o tempo, o desenvolvimento, a aprendizagem a formação, a terapia entre muitos outros fatores.

A prática profissional observada vai de encontro ao que é afirmado na teoria, i.e., dois clientes com as mesmas idades, género, local de residência, sub-tipo de PC, manifestam diferentes quadros clínicos. A diversidade de fatores que podem influenciar a trajetória do desenvolvimento também foi visível no presente estágio pela observação do comportamento dos clientes (a) nas diferentes valências do departamento de

psicomotricidade e (b) entre o observado na intervenção psicomotora, o relatado nas diferentes terapias (equipa multidisciplinar), no contexto escola e no contexto familiar.

Na PC como afirmam, Rosenbaum et al., 2007, é comum encontrar comprometimentos associados que podem ter que ver com as seguintes desordens/dificuldades de sensação, visuo-percetivos, cognição, comunicação, comportamento entre outros. Colver et al. (2014) afirmam que é possível que as crianças com PC apresentem mais dificuldades psicológicas que as crianças com um desenvolvimento dito típico, tal facto pode ser explicado pelo comprometimento das vias neurais ou redes que regulam emoções e comportamentos e que dificultam a capacidade adaptativa do indivíduo. Estes factos fazem com que alguns autores como Rodrigues (1998) descrevam a PC como uma condição de multideficiência

Quando caracterizada a população a que DP apresentou uma reposta interventiva, ou seja, pessoas com PC e doenças neurológicas afins, é possível identificar diferentes tipos de manifestações das desordens motoras e consequentemente as suas diferentes implicações na atividades desenvolvidas tanto no espaço terapeutico como no dia a dia dos clientes na instituição, nomeadamente nas deslocações, na alimentação nas atividades institucionais entre outras. Por este motivo, como afirma Bax et al. (2005), a intervenção terapêutica na população com PC deve refletir acerca das possíveis consequências para o desenvolvimento do indivíduo ao nível do que são as suas limitações funcionais, e os seus impactos numa trajetória de desenvolvimento.

Na APCC, o enquadramento das funções do psicomotricista na intervenção com pessoas com PC e Défices Neurológicos Afins vão de encontro ao que afirma Raynard (1994), i.e., o trabalho do psicomotricista com pessoas diagnosticadas com PC desenvolve-se através de técnicas específicas por mediação corporal, não sendo o intuito da intervenção terapêutica o tratamento dos comprometimentos do ponto de vista de uma doença do sistema nervoso central, mas sim, a intervenção é justificada pelas consequências e manifestações da expressão desses comprometimentos, a nível direto e indireto, no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

Analizando as principais dificuldades psicomotoras evidenciadas pela população intervencionada no DP com as principais dificuldades descritas na literatura com base em autores como Raynard (1995) e Boscaini (1998), Marcelli e Cohen (2010), é possível afirmar que existe sintonia entre literatura e a prática clínica. Neste sentido na expressão do quadro clínico da PC, os sintomas motores evidenciados repercutem-se pelas problemáticas ao nível do conhecimento do espaço, da lateralidade, da relação espaço-tempo, das distâncias, da coordenação, do equilíbrio e da habilidade manual, evidentes, que por sua vez, estendem a sua expressão aos problemas escolares na leitura, escrita e cálculo. Segundo uma sintomatologia relacional deparamo-nos com manifestações relacionadas com problemas ao nível do comportamento e da imagem do corpo, marcada pela perceção de uma imagem física diferente, atípica, desvalorizada e desvalorizadora. Pela descrição da sintomatologia psicomotora pode-se considerar que a patologia tónico-motora na PC é dupla, ou seja, para além da patologia motora que tem uma manifestação tónica, o indivíduo com PC apresenta frequentemente um diálogo tónico com alterações.

Os processos de representação trabalhados ao longo da intervenção psicomotora no DP procuraram reforçar a comunicação com o indivíduo, pois como afirma Boscaini (1998) é preciso compreender a importância da individualização das respostas corporais dos clientes, i.e., individualizar a sua motricidade, olhar e mímica, os esboços do movimento repetitivo, os seus primeiros ritmos e tudo ao que o movimento está prefigurado: o desejo, o gesto, o ato e a intencionalidade.

A resposta do DP na APCC teve como propósito avaliar e intervir sobre manifestações corporais inadequados/inadaptados do indivíduo que podem estar

relacionados com problemas a nível do desenvolvimento e de maturação psicomotora, psicológicos ou psicoafectivos e ocorreu num âmbito psicoterapêutico e ludo-terapêutico. As intervenções realizadas num âmbito psicoterapêutico (em sessões de psicomotricidade e equitação terapêutica) ocorreram quando era necessário ultrapassar problemas psicoafectivos de base relacional, que de alguma forma comprometem a adaptabilidade da pessoa. Já resposta interventiva no âmbito lúdico-terapêutico ocorreu quando se considerava uma mais-valia para desenvolvimento psicomotor do cliente oferecer uma experiência social, lúdica e de aprendizagem (em grupo).

Relembrando as ideias Colver et al., (2014) a intervenção terapêutica junto da população com PC, é melhorada quando decorre de uma intervenção planeada, realizada e validada por uma equipa multidisciplinar, tendo em conta aquilo que são as necessidades e escolhas do indivíduo e da respetiva família; e quando contempla as dificuldades evidenciadas pelo indivíduo com PC, i.e., uma intervenção que não se restringe às desordens de ordem motora, e que equaciona a hipótese de existência de comorbilidades. O que o autor supracitado refere espelha aquilo que foi a prática da estagiária na instituição i.e., a articulação e comunicação entre a sua intervenção terapêutica e a equipas multidisciplinar na APCC, a família e a escola.

As diferentes fases de estágio onde a estagiária enquadró a sua intervenção, foram preponderantes para uma aprendizagem sequencial, integrada e reflexiva acerca do que são as práticas profissionais do psicomotricista.

Cada cliente (pela sua autenticidade, personalidade e patologia) permitiu à estagiária um conhecimento mais aprofundado: das manifestações típicas derivadas da patologia, de possíveis problemas que podem ocorrer em sessão, e das competências que são exigidas à figura do psicomotricista a nível comportamental, relacional e terapêutico.

O estudo de caso reflete o conhecimento a metodologia e a organização aprendida, tendo contribuído para a formação da estagiária. A síntese a informação recolhida da intervenção e dos resultados da mesma é considerada pela estagiária como um exercício fundamental e necessário que complementa a aprendizagem realizada no presente estágio.

Reflexões Finais

Analisando e refletindo sobre os objetivos do presente estágio curricular no âmbito académico, a estagiária considera que os mesmos foram atingidos, ou seja, durante o período de intervenção na APCC, a mesma conseguiu:

- Desenvolver a sua capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de RPM nos diferentes contextos e domínios de intervenção ao assumir a liderança na intervenção terapêutica de grande parte dos clientes intervencionados no DP;
- Prestar um contributo inovador na implementação de novas práticas ao nível da gestão dos processos no DP e na construção de material na valência de Equitação terapêutica;
- Adquirir conhecimentos, experiência e formação na sua prática profissional que lhe permitem realizar um melhor enquadramento profissional e científico da área.

No âmbito profissional a estagiária considera que a realização do estágio foi preponderante para a sua formação. Após o mesmo e refletindo sobre quais os fatores onde assentaram as principais aprendizagens da estagiária ao longo da sua intervenção psicomotora direta com os clientes, estes fatores de aprendizagem, tiveram que ver com as suas progressões ao nível da adequação da intervenção ao cliente, da sua atitude terapêutica enquanto profissional, e nas competências relacionadas com a relação terapêutica e a avaliação psicomotora.

- A intervenção psicomotora está intimamente relacionada com o estabelecimento de um vínculo relacional (terapêutico ou educacional) entre o psicomotricista e indivíduo em sessão. É através do diálogo tónico-emocional, escuta ativa, afetividade, disponibilidade física e mental, contenção e toque terapêutico que o psicomotricista constrói um envolvimento relacional refletindo um quadro de segurança e receptividade tanto ao indivíduo como à manifestação da sua problemática.
- A relação terapêutica é a balança que mede a cada instante o estímulo que o cliente precisa em determinado momento. É a sensibilidade do terapeuta que o leva a saber quanto intensificar, reduzir e alterar estímulos.
- O psicomotricista, quando pensa em avaliar, necessita de encontrar resposta a estas duas questões: quais são as áreas e domínios necessários de avaliar no indivíduo, assim como que tarefas/ instrumentos podem dar informações sobre estas áreas. A escolha do método de avaliação é essencial, este deverá responder ao propósito da avaliação, tendo em conta as características da criança, as suas necessidade e a janela temporal onde se situa a avaliação, i.e., no início, meio ou fim do processo terapêutico.
- A avaliação constitui assim um dos momentos mais importantes da intervenção terapêutica, dado que cada cliente é um ser único e com necessidades de intervenção específicas. Saber avaliar é saber que questões levantar!

Na opinião da estagiária o essencial para o sucesso de uma sessão terapêutica revela-se na adequação da atividade sugerida em função de três fatores de gestão/responsabilidade da mesma, o tempo, a instrução e o nível de ajuda prestada; em função de três fatores inerentes ao cliente, os seus interesses, as suas capacidades, e as suas necessidades.

Fora do contacto direto com os clientes a estagiária considera que toda a intervenção inerente aos procedimentos institucionais com os quais teve contato pela observação e participação na gestão do DP constitui um marco no seu desenvolvimento profissional. Os profissionais de saúde e educação trabalham em equipa, saber como

se processa esta articulação, comunicação e união entre os diferentes contextos da vida do cliente é um fator essencial para a prática profissional.

Ainda em termos profissionais toda a formação interna a que a estagiária teve acesso revelou-se essencial por um lado pelo desenvolvimento de habilitações profissionais e por outro pela aplicabilidade dessas mesmas aprendizagens no decorrer do estágio, permitindo à estagiária fazer o transfer entre o que é descrito na literatura e o que pode ser a sua expressão na prática clínica.

Por último, o presente estágio permitiu à estagiária, a título pessoal, um conhecimento mais aprofundado sobre as suas áreas fortes e áreas menos fortes tanto em termos profissionais como pessoais, e permitiu desenvolver a sua capacidade de introspeção e análise das suas metodologias na intervenção. Por conseguinte um maior insight sobre si própria incentivaram a mesma a procurar desenvolver, aprender e desafiar-se nos domínios que ainda não se sentia tão conhecedora.

Concluindo, a estagiária sentiu que apesar de todas as aprendizagens que realizou em termos profissionais tanto pela observação de um profissional mais experiente, como na intervenção como os próprios clientes, a aprendizagem que ressalva como essencial à sua futura integração num mercado de trabalho como psicomotricista especialista, teve que ver como o conhecimento que a própria adquiriu das suas próprias competências.

Bibliografia

- Almeida, G.N.d. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Andrada, G., Folha, T., Calado, E., Gouveia, R. e Virella, D. (2010). Paralisia cerebral aos 5 anos de idade em Portugal-crianças com paralisia cerebral nascidas em 2001.
- Andre, P., Benavides, T. e Canchy-Giromini, F. (1996). *Corps & psychiatrie*: Heures de France.
- Aragón, M.B.d.Q. (2007). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra. (2013). Notícias: Certificação equass excelence. Procura feita em 3/11/2013, Retirado de <http://goo.gl/nSciGG>
- Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra. (s.d.-a). Cri: Centro de recursos para a inclusão. Procura feita em 7/11/2013, Retirado de http://www.apc-coimbra.org.pt/?page_id=543
- Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra. (s.d.-b). Outros serviços. Procura feita em 4/11/2013, Retirado de http://www.apc-coimbra.org.pt/?page_id=38
- Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra. (s.d.-c). Respostas sociais. Procura feita em 7/11/2013, Retirado de http://www.apc-coimbra.org.pt/?page_id=292
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2012a). Brochura. Procura feita em 5-9, 2014, Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/brochura-pr%C3%A1ticas-profissionais>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2012b). Psicomotricidade. Procura feita em 9/5/2014, Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2ème édition ed.). Paris: Dunod.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., . . . Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, april 2005. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(08), 571-576. doi: 10.1017/S001216220500112X
- Beckung, E. e Hagberg, G. (2002). Neuroimpairments, activity limitations, and participation restrictions in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 309-316.
- Blondis, T.A. (2004). Neurodevelopmental motor disorders: Cerebral palsy and neuromuscular diseases. In Deborah Dewey e David E. Tupper (Eds.), *Developmental motor disorders: A neuropsychological perspective* (pp. 113-136). Nova Iorque: Guilford Press.
- Boletim de trabalho e emprego n.º 6 de 15 de fevereiro (2012).
- Boscaini, F. (1997). Una lectura psicomotora de la inestabilidad. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 2(56), 7-22.
- Boscaini, F. (1998). Cuerpo y emoción. Primer espacio de comunicación y de representación. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 3(60), 67-90.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 20-26.
- Boscaini, F. (2006). *Traço psicomotor*. Verona: AIFP.
- Branco, M.E.C.e. (2010). *João dos santos: Saúde mental e educação*. Lisboa: Coisas de Ler.

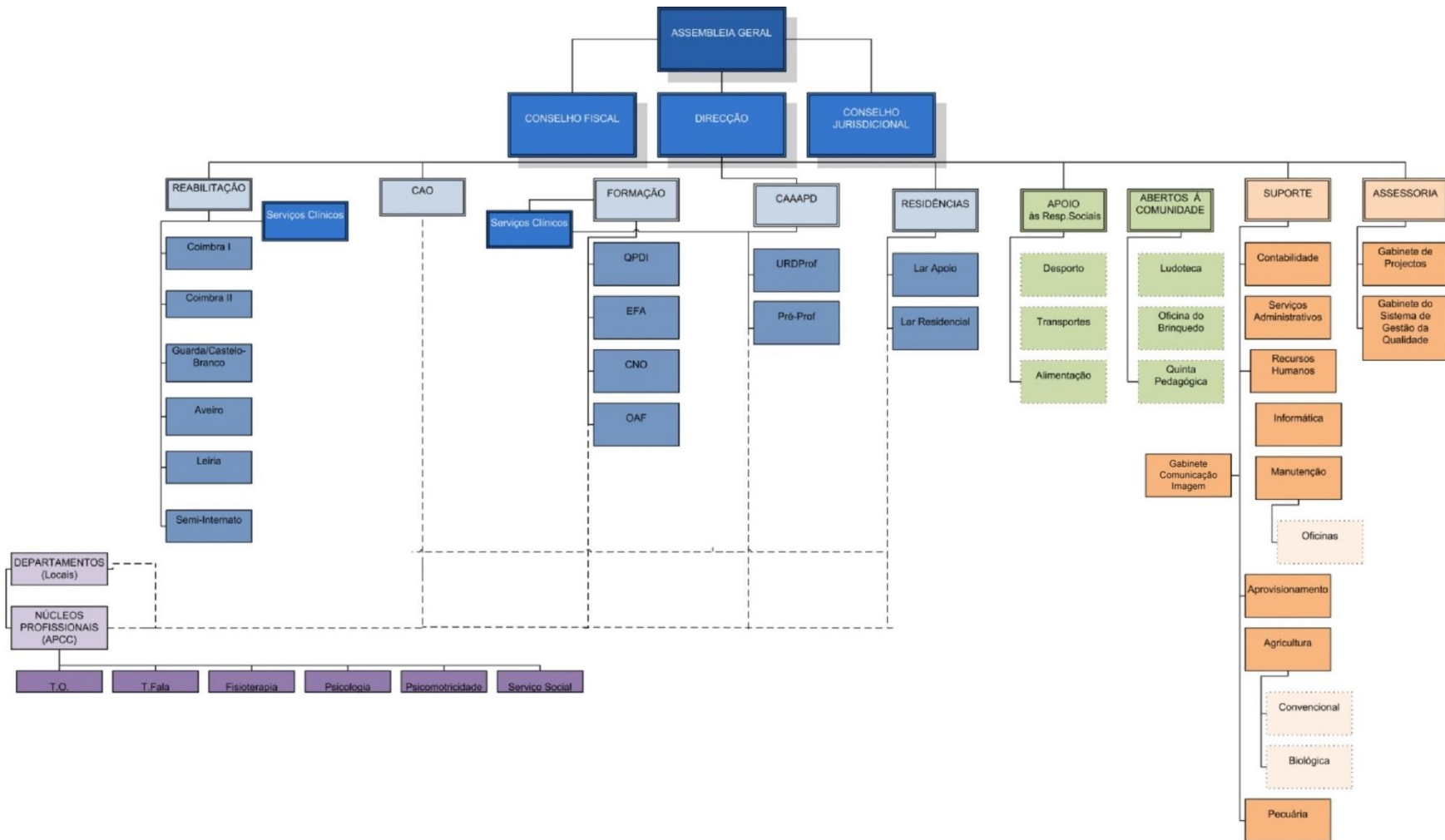
- Bucher, H. (1970). *Troubles psycho-moteurs chez l'enfant: Pratique de la rééducation psy-motrice*. Paris: Masson & C, Éditeurs.
- Carvalho, J. e Rodrigues, A. (2014). Estudo sobre a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação do espectro do autismo e perturbação do desenvolvimento da coordenação, em crianças entre os 5 e os 7 anos. In Pedro Parrot Morato e Ana Rodrigues (Eds.), *Avaliação da proficiência motora nas perturbações do desenvolvimento* (pp. 27-64). Cruz-Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Colver, A., Fairhurst, C. e Pharoah, P.O.D. (2014). Cerebral palsy. *The Lancet*, 383, 1240-1249.
- Contant, M. e Calza, A. (1990). *L'unié psychosomatique en psychomotricité*: Masson.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Coste, J.-C. (1977). *Lá psychomotricité*: Press Universitaires de France.
- Coutinho, C.P. e Chaves, J.H. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 221-243.
- Donnet, S. (1993). *L'éducation psychomotrice de l'enfant*. Toulouse: Editions Privat.
- Eliasson, A.-C., Krumlinde-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, A.-M. e Rosenbaum, P. (2006). The manual ability classification system (macs) for children with cerebral palsy: Scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine & Child Neurology*(7), 549-554. doi: 10.1017/S0012162206001162
- Feuillerat, B. (2005). O papel do psicomotricista apresentação da experiência profissional e pluridisciplinar em neurologia infantil. *A Psicomotricidade*, 65-72.
- Fonseca, V.D. (2010). *Manual de observação psicomotora*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V.D. (2011). *Psicomotricidade e neuropsicologia*: Âncora Editora.
- Godinho, M., Mendes, R., Melo, F. e Barreiros, J. (2007). Operações e aprendizagem. In Mário Godinho (Ed.), *Contolo motor e aprendizagem- fundamentos e aplicações*
- Hederson, S.E. e Sugden, A.D. (1992). *Manual of movement assessment battery for children*. United Kingdom: The psychological Corporation, Ltd.
- Inquérito- programa de vigilância nacional da paralisia cerebral aos 5 anos de idade. (2014). Retirado de http://www.spp.pt/UserFiles/file/UVP_SPP/SCPE_PT_inquerito_unico_2014.pdf
- Levitt, S. (2001). *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*: Manole.
- Lièvre, B.d. e Staes, L. (1992). *La psychomotricite au service de l'enfant*. Paris: Editions Belin.
- Marcelli, D. e Cohen, D. (2010). *Infância e psicopatologia*: Artmed.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: As práticas entre o instrumental e o relacional. In Vítor da Fonseca e Rui Martins (Eds.), *Progressos em psicomotricidade faculdade de motricidade humana* (pp. 29-40). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Martins, R. (2009). Material de apoio fornecido no âmbito da unidade curricular de fundamentos da psicomotricidade, na licenciatura de reabilitação psicomotora na faculdade de motricidade humana, Portugal.
- Melo, K.d. e Carvalho, B. (2007). Digeorge syndrome: Clinical- immunologic aspects and management. *Revista Brasileira de Alergia e imunologia*, 47-50.
- Miller, G. e Clark, G.D. (2002). *Paralísias cerebrais: Causas, consequências e conduta*. Tamboré - Barueri: Manole.

- Moreno-De-Luca, A., Ledbetter, D. e Martin, C. (2012). Genetic insights into the causes and classification of the cerebral palsies *The Lancet*, 11, 283-292.
- Odom, S.L., Horner, R.H., Snell, M.E. e Blacher, J. (2009). *Handbook of developmental disabilities*: Guilford Press.
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D. e Livingston, M. (2007). Gross motor function classification system expanded and revised. *CanChild Centre for Childhood Disability Research*, 1-4.
- Parreiral, J.G. (2012). *Psicomotricidade* [panfleto de divulgação da associação de paralisia cerebral de coimbra]. Procura feita em 4/11/2013, Retirado
- Parreiral, J.G. (2013). *Proposta de melhoria para o departamento de psicomotricidade 2013-2014*. Departamento de Psicomotricidade. Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra.
- Piaget, J. (1978). *Formação do símbolo na criança: Imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Portuguesa, S.H. (2010). Apresentação da equitação terapêutica. Procura feita em 9-5, 2014, Retirado de <http://www.sociedadehipica.pt/apresentacaoHipo.html>
- Processos e procedimentos de realização do crpcc. (2013).
- Raynard, F. (1994). *Redonner vie au mouvement*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Regulamento do exercício profissional dos psicomotricistas*. (2010). Retirado de Intranet da Associação Portuguesa de Psicomotricidade
- Reis, C.F., Garabal, A., Louro, P., Galhano, E., Ferreira, S., Pires, L.M., . . . Saraiva, J. (2012). *Síndrome de microduplicação 22q11.2: Dois casos clínicos com apresentação pré-natal*. Paper presented at the Jornadas Internacionais do Diagnóstico Pré-Natal.
- Rey, A. (1988). *Teste de cópia de figuras complexas: Manual*. Lisboa: CEGOC.
- Robert-Ouvray, S.B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Rodrigues, D. (1991). *Métodos e estratégias em educação especial* Cruz-Quebrada: Edições FMH.
- Rodrigues, D. (1998). *Corpo, espaço e movimento*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Rosa, R.F.M., Zen, P.R.G., Ricachinevsky, C.P., Carlo B. Pilla, Pereira, V.L.B., Roman, T., . . . Paskulin, G.A. (2009). 22q11.2 duplication and congenital heart defects. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 55-57.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Goldstein, M. e Bax, M. (2007). A report: The definition and classification of cerebral palsy april 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 7-21.
- Santos, J.d. (1969). Ensaio duma classificação nosológica para a psiquiatria infantil. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, XXI(18), Dezembro: 469-488.
- Simha, A. (2004). *La conscience du corps au sujet*. França.
- Soubiran, G.B. e Coste, J.C. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris: Doin Éditeurs.
- Sousa, A.B. (1977). *Introdução à psicomotricidade*. Lisboa: Editorial Futura.
- Statutes of the european forum of psychomotricity. (2012). Procura feita em 9/5/2014, Retirado de http://psychomot.org/wp-content/uploads/2012/09/Statutes-english_2012.pdf

- Surveillance of cerebral palsy in Europe. (2014). About scpe. Procura feita em 3/8/2014, Retirado de <http://www.scpnetwork.eu/pt/about-scpe/>
- Tavares, B. (2005). Alergia a veneno de himenópteros: Novos métodos de diagnóstico. *Acta medica portuguesa*, 18(6), 445-451.
- Vaivre-Douret, L. (1999). *Df-mot developpement fonctionnel moteur de 0 a 48 mois* Editions du centre de Psychologie Appliquée.
- Vieira, J.L., Batista, M.I. e Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: A teoria de uma prática*. Curitiba: Filosofart Editora.
- Vraivre-Douret, L. (2006). *Batterie d'evaluations des fonctions neure-psychomotrices de l'enfant*: Editions du centre de Psychologie Appliquée.
- Wilson, G.N. e Cooley, W.C. (2000). *Preventive management of children with congenital anomalies and syndromes* Cambrige University Press.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. France: Gallimard.

Anexos

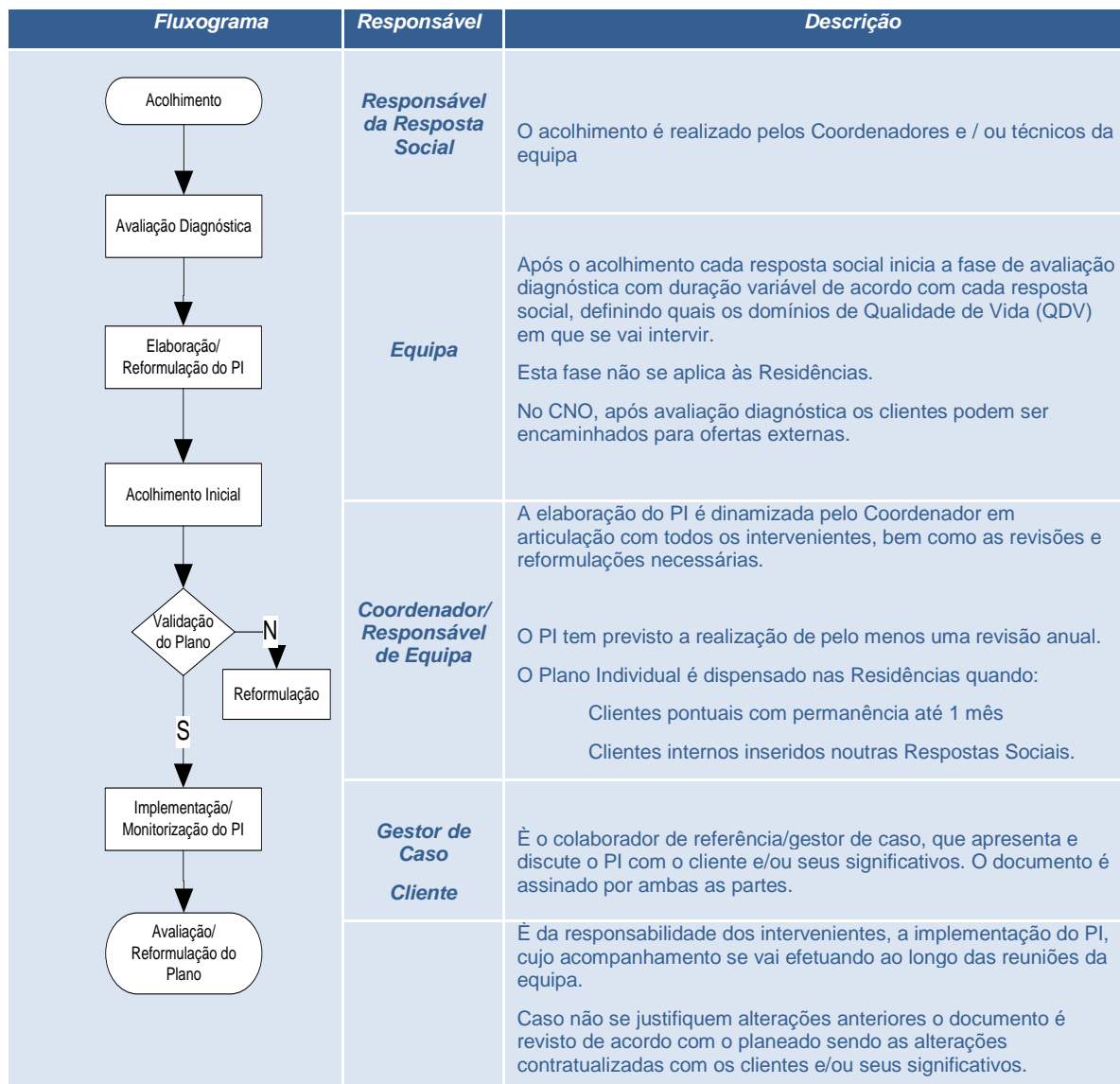
Anexo A - Estrutura Organizacional da APCC - Organograma



Anexo B - Instalações do CRPCC

Cave		Rés-do-chão		Primeiro andar	
2	Saídas de Elevador	4	Saídas de Elevadores	4	Saídas de Elevadores
1	Ginásio de Desporto	1	Gabinete de Segurança	3	Gabinetes Direção
1	Gabinete de Desporto	1	Recinto de espera	1	Sala de Serviços de Pessoal (Serviços Administrativos)
1	Sala de Arquivos	1	Receção e telefonista	4	Gabinetes de Terapia da Fala
2	Vestiários F/M	1	Sala do Centro de Recursos da Ludoteca	5	Salas Terapia Ocupacional
1	Gabinete de Comunicação e Imagem	3	Gabinetes Médicos	1	Sala de AVD'S
1	Gabinete de Voluntariado	1	Sala Secretariado Clínico	1	Gabinete Psicomotricidade
1	Sala de Expressão Plástica	1	Sala EEG/EMR	6	Gabinetes Serviço Social
2	Casas de Banho	3	Salas de Jardim de Infância	5	Gabinetes de Psicologia
1	Sala de Recreio	4	Salas de Aula da Escola	1	Contabilidade
1	Sala Snoezelen	1	Gabinete Serviço Social	2	Salas Informática
1	Lavandaria	1	Oficina do Brinquedo	1	Gabinete de Projetos
1	Dispensa	6	Salas Fisioterapia	1	Gabinete de Gestão da Qualidade
1	Economato (armazém)	1	Piscina	1	Sala de Formação
1	Casa da Maquinas	2	Balneários e Vestiários F/M	1	Biblioteca
1	Gabinete de Manutenção	1	Sala de Pessoal	1	Tesouraria
		4	Casas de Banho	1	Secretária-Geral
		1	Refeitório	1	Sala de Formação Profissional
				1	Sala de Reuniões

Anexo C - Fluxograma do Plano Individuais



Retirado de "Processos e procedimentos de realização do crpcc" 2013)

Anexo D - Cronograma de Atividades de Estágio no DP da APCC

Fases	Mês	Atividades no Departamento	Atividades complementares
Observação	Outubro	-Observação de sessões do Psicomotricista orientador. -Observação Institucional <ul style="list-style-type: none"> Reunião com os departamentos de Psicologia, Serviço; Social, Fisioterapia, Desporto e Expressão Plástica; Reunião com Gabinete de Gestão e Qualidade de vida, Projetos, Voluntariado e Oficina do Brinquedo; Observação das quatro diferentes salas de aula da EB1 APCC e de uma sala de Jardim de Infância. 	Dia 17 - Participação no projeto das voluntárias internacionais com a dinamização de uma sessão de sofrologia para os clientes das residências (Adultos) da APCC (3H).
	Novembro	-Início do acompanhamento terapêutico de 22 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação Final do PI do RF Monitorização do PI do RV 	
Intervenção supervisionada	Novembro	-Início do Acompanhamento terapêutico com 6 clientes; -Acompanhamento terapêutico de 28 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação final do PI do ER Avaliação inicial do PI do RF Avaliação final do PI da LD Monitorização do PI da MRH 	Dia 12-Acompanhamento dos clientes do semi-internato do CRPCC até à Feira das Colheitas em Coimbra (3H). De 25 a 29 -Formação em Equitação Terapêutica (40 H).
	Dezembro	-Início do Acompanhamento terapêutico de 1 cliente; -Acompanhamento terapêutico de 29 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação inicial do PI ER Avaliação inicial do PI LD Avaliação Final do PI RH Monitorização do PI do TS 	Construção de Material para a Equitação Terapêutica
	Janeiro	-Início do Acompanhamento terapêutico de 3 cliente; -Acompanhamento terapêutico de 33 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Monitorização do PI da AM Monitorização do PI do DL Monitorização do PI da MP Avaliação inicial do PI RH 	Informatização do Departamento de Psicomotricidade Registo de presenças/monitorização relatórios /planeamento de intervenção de todos os clientes.
	Fevereiro	-Acompanhamento em Equitação terapêutica de 13 clientes; -Início do acompanhamento terapêutico de 3 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação Final do PI FR Avaliação Final do PI RV 	Preparação da Formação interna Do Departamento de Psicomotricidade e Psicologia com o título "da perceção à representação"
	Fevereiro	-Acompanhamento terapêutico de 18 clientes; -Responsável pela Coordenação da atividade- ludo terapêutica: Zarabatana	
Intervenção Autónoma	Março	-Acompanhamento em Equitação terapêutica de 13 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação Inicial do PI RV 	Dia 27 -Serviço externo com a equipa de Coimbra I, à escola do cliente via CRI: reunião entre equipa de intervenção técnica da APCC, professora de educação especial e família do cliente(2H)
	Março	-Acompanhamento terapêutico de 20 clientes -Responsável pela Coordenação da atividade- ludo terapêutica: Zarabatana	

Fases	Mês	Atividades no Departamento	Atividades complementares
	Abril	-Acompanhamento em Equitação terapêutica de 13 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação Final do PI do MH Monitorização do PI do RF 	Dia 11 - Participação na Formação interna dirigida pelo Departamento de Psicomotricidade e Psicologia com o título “ da percepção à representação” (1,5H)
		-Acompanhamento terapêutico de 20 clientes	Dia 22- Serviço externo com a Equipa da Guarda no Agrupamento de Escolas do Fundão: Demonstração da atividade-lúdico terapêutica Zarabatana (6H).
	Maio	-Acompanhamento em Equitação terapêutica de 13 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação Final do PI da AM Avaliação Final do PI do MP Monitorização do PI do ER Avaliação inicial do PI da MH 	Dia 9 - Serviço Externo com a equipa de Coimbra I na escola: Avaliação psicomotora aos alunos com NEE da Escola Silva Gaio em Coimbra (4H);
		-Acompanhamento terapêutico de 20 clientes -Responsável pela Coordenação da atividade- ludo terapêutica: Zarabatana	Dia 30 - Acompanhamento dos clientes da equipa de futebol em cadeira de rodas elétrica numa demonstração a um agrupamento de escolas em Aveiro (6H); Dia 30 - Formação interna: “dor na criança” (1,5H).
	Junho	-Acompanhamento em Equitação terapêutica de 13 clientes; -Gestão dos planos terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação Final do PI da TS Avaliação Final do PI do DL Avaliação inicial do PI da AM 	Dia 15 - Participação no Festival Coração especial (Aveiro) em representação da APCC (6H);
		-Acompanhamento terapêutico de 20 clientes -Responsável pela Coordenação da atividade- ludo terapêutica: Zarabatana	Dia 24 -Acompanhamento dos clientes APCC numa atividade de desporto aquático (3H).

Anexo E- Modelo Planeamento/ Relatório de sessão



Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Departamento de Psicomotricidade

Planeamento/Relatório de Sessão										13	
Técnico	Rita Almeida e Zé Guilherme			Data		Hora		Local	Sala de PM- CRPCC		
Cliente	X			Idade	6A	Diagnóstico	Síndrome Digeorge		Monitorização da sessão	1	
A/F	Descrição			Objectivos				Material			
1	1	Passa a bola		10m	Promover a criação de novos esquemas motores				N	P	T
2										X	
3	B	Realizar passes com as mãos sem deixar a bola cair e realizar remates para uma baliza.			Promover a coordenação Oculo-manual e Oculo-pedal				N	P	T
4										X	
5								N	P	T	
6											
7								N	P	T	
8											
1	2	Cópia e Lembra a Figura		10m	Desenvolver das noções visuo-construtivas através do modelo visual				N	P	T
2		Realiza a cópia de uma figura e de seguida realizar a figura apenas de memória.									X
3				Promover a planificação Psicomotora				N	P	T	
4	M									X	
5	B							N	P	T	
6											
7								N	P	T	
8											

A-Ajudas: 1-Sem Ajuda; 2-Ajuda por pista observável; 3-Ajuda por pistas verbais; 4- Ajuda verbal; 5-Demonstração; 6-Ajuda Física parcial; 7-Manipulação; 8- Não Aplicável

F-Frequência: B-Baixa; M-Moderada; E-Elevada.

Objectivos: T-Totalmente atingidos; P-Parcialmente atingidos (25%; 50%; 75%); N- Não Atingidos.

P/R _____ 1



A/F	Descrição		Objectivos				Material		
1	3	Png- Pong do Sopro	10m	Desenvolver das noções visuo-constructiva			N	P	T
2	b	Situação de Jogo de Flippers utilizando o sopro para colocar bola de ping-pong a cair do lado do parceiro de jogo. Este tem de impedir a investida com um novo sopro.			x		Material Utilizado	Almofadas (mesa)	
3	Promover a planificação Psicomotora		N	P	T	Bola de pig-pong			
4				x					
5	Promover a criação de novos esquemas motores		N	P	T				
6				x					
7	Desenvolver as vivências das noções especiais básicas		N	P	T				
8				x					
Observação Comportamental		Cooperativo							
		Esforçado							
<p>Observações:</p> <p>Quando a terapeuta foi buscar o cliente à sala de espera este estava de chucha e preparava-se para brincar a terapeuta abordou-o para se dirigir até à sala de psicomotricidade mas este teve alguma dificuldade em subir, teve de vir com a mãe até à sala a contrariado pois queria brincar e vinha a chorar porque a mãe lhe tinha dado um estalo na boca após este proferir algumas palavras menos própria. Quando entrou na sessão já sem a mãe, a terapeuta foi buscar uma bola perguntou-lhe se este queria ir jogar à bola, ele aceitou e começaram a jogar, pontapeando a bola para uma baliza, onde por vezes estava a terapeuta a defender. Sempre que a bola não ia na direcção do pé do cliente este agarrava a bola com a mão e colocava-a junto do pé, rematando sempre com o pé direito. O jogo passou do pé para mão após alguns lançamentos o cliente foi até ao quadro e depois sentou-se na mesa a descansar. A terapeuta foi buscar uma folha para</p>									

A-Ajudas:1-Sem Ajuda; 2-Ajuda por pista observáveis; 3-Ajuda por pistas verbais; 4- Ajuda verbal; 5-Demonstração; 6-Ajuda Física parcial; 7-Manipulação; 8- Não Aplicável
 F-Frequência: B-Baixa; M-Moderada; E-Elevada.
 Objectivos: T-Totalmente atingidos; P-Parcialmente atingidos (25%;30%; 75%); N- Não Atingidos.

P/R _____ 2



Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Departamento de Psicomotricidade

realizar a próxima tarefa e o cliente começou a fazer um desenho nessa folha, de seguida e após esperar que o cliente acabasse o desenho foi-lhe solicitado que copiasse a figura apresentada (forma de uma casa com alguns pormenores). O cliente copiou toda a figura sem se esquecer de nenhum pormenor, e após escrever o seu nome na folha, enquanto se fazia algum tempo para realizar a mesma atividade de memória, foi sugerido ao filipe que apagasse as linhas que saíam fora da casa de forma a ficar o desenho mesmo igual. Posteriormente foi-lhe solicitado novamente que desenha-se a mesma figura mas agora só de memória. Ao início ele parecia resiliente, mas começou a fazer e a fazer bem, no entanto na parte final do desenho (telhado já estava a construir como queria (telhado redondo em vez de triângulo), quando lhe perguntado se aquela era mesmo a figura do desenho, ele quis corrigir, pedindo ajuda para apagar e desenhou correctamente o desenho.



Figura 1: Representação em cópia e em memória da "Figura Modelo"

De seguida saímos da mesa e fomos jogar ao passes novamente com a bola, onde iam aparecendo desafios, passar a bola por debaixo de um túnel ao início muito estreito e posteriormente mais largo de forma a tomar a tarefa mais acessível e a aumentar a taxa de sucesso. A mesma estrutura do Túnel foi aproveitada para realizar uma actividade com a bola de ping-pong, atividade essa onde o cliente se envolveu bastante, estando motivado e disponível para a tarefa, isto é, correndo, soprando, indo ao encontro da bola, indo buscar a bola mesmo que esta fosse para longe e exigisse esforço físico da sua parte. A sessão terminou bem sem que o cliente manifestasse cansaço ou interesse em abandonar as atividades, sendo que, foi a terapeuta a informar que já estava na hora de descer.

A-Ajudas: 1-Sem Ajuda; 2-Ajuda por pista observáveis; 3-Ajuda por pistas verbais; 4- Ajuda verbal; 5-Demonstração; 6-Ajuda Física parcial; 7-Manipulação; 8- Não Aplicável
F-Frequência: B-Baixa; M-Moderada; E-Elevada.
Objectivos: T-Totalmente atingidos; P-Parcialmente atingidos (25%; 50%; 75%); N- Não Atingidos.

P/R _____ 3

Anexo F - Ficha de Registo de Presença-Sessões-Monitorização

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Departamento de Psicomotricidade

Ficha de Registo (Presenças, sessões e Monitorização) Ano 2013/2014										
Cliente: y					Idade 9A	Data de Nascimento:				
Objectivo de Monitorização: 3PI-Demonstrar iniciativa psicomotora em pelo menos 30% das sessões monitorizadas 4PI-ser capaz de demonstrar iniciativa psicomotora, sem repetir as situações escolhidas em mais de duas sessões seguidas, em pelo menos 40 % das sessões.						Início do PI: 31-23-11-12/6-12-13 41-8-1-14				
						Monitorização				
10	9-10-13	16-10-13	23-10-13	30-10-13		1	1	1	1	
11 K	6-11-13	Demarcado Daniel (13-11-13)	20-11-13	Demarcado Formação em Equitação Terapêutica		AF	F	1	F	
12 AF	Faltou 4-12-13	11-12-13	Férias de Natal	Férias de Natal		F	1	F	F	
1 AI	8-1-14	15-1-14	22-1-14	29-1-14		1	0	1	1	
2	5-2-14	12-2-14	19-2-14	26-2-14		1	0	1	1	
3	5-3-14	12-3-14	19-3-14	26-3-14		0	NT	1	NT	
4	2-4-14	Férias da Páscoa 9-4-2014	Férias da páscoa 16-4-2014	23-4-2014	30-4-2014	1	F	F	0	1
5	7-5-2014	14-5-2014	21-5-2014	Coimbra e brincar 28-5-2014		NT	F	1	F	
6 M										
7										
8										
9										

Monitorização: 1-Objectivo Atingido 0- Objectivo Não Atingido NT- Objectivo não trabalhado

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Departamento de Psicomotricidade

Registo de Sessão	
9-10-13	Realização de situações que promovam a iniciativa psicomotora, e neste sentido, que impliquem a escolha do cliente. As situações vivenciadas nesta sessão abordaram a capacidade de identificar e representar as letras do seu nome através de material de pequenas dimensões, e situações que implicassem a coordenação oculo-manual.
16-10-13	Realização de situações que promovam a iniciativa psicomotora, implicando a elaboração de uma tarefa através a partir de material previamente seleccionado, validando a sua iniciativa e escolhas de forma a melhorar a sua auto-estima. A tarefa consistiu na elaboração de um alvo com material de grandes dimensões e o lançamento de bolas de variadas dimensões para o alvo.
23-10-13	Realização de situações que promovam a iniciativa psicomotora, e neste sentido que implicassem a escolha da situação a desenvolver pelo cliente. A sua escolha prendeu-se com a realização da situação praticada na sessão anterior. E a Realização de situações que promovam a memória episódica e as noções visuo construtivas através da representação com recurso ao grafismo da disposição dos diferentes elementos do jogo e da sala em si.
30-10-13	Realização de situações que promovam a iniciativa psicomotora, e neste sentido que implicassem a escolha da situação a desenvolver pelo cliente, que se concretizou numa situação de jogo de competição (Futebol) e exploração das suas regras. E situações que explorassem a sua iniciativa de decisão ao explorar diferentes formas do traço do grafismo, diferentes formas geométricas passíveis de forma e ao tornar concreto (personalização) da imagem abstracta.
6-11-13	Avaliação Final, Aplicação da Bateria de teste ABC -Banda 2 (7-8 anos).
20-11-13	Realização de situações que promovam a iniciativa psicomotora, e neste sentido que implicassem a escolha da situação a desenvolver pelo cliente, que se concretizou numa situação de jogo de competição (Futebol) e exploração das suas regras. E situações que implicassem a sua iniciativa psicomotora na elaboração de uma tarefa, que se concretizou numa situação de Perícia e Equilíbrio (passar dentro de um obstáculo sem o derrubar, promovendo a criação de novos esquemas motores)
11-12-13	Proposta de realização de uma actividade que promovesse a sua destreza manual e as noções visuo-construtivas seguindo um modelo visual (Praxia Digital) e Situações que promovam a

Monitorização: 1-Objectivo Atingido O- Objectivo Não Atingido NT- Objectivo não trabalhado

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Departamento de Psicomotricidade

	iniciativa psicomotora, mais concretamente na escolha da situação a desenvolver: jogo de competição (Futebol) e exploração das suas regras e iniciativas de ataque.
8-1-14	Realização de situações que exigissem a iniciativa psicomotora através de ajustes da sua posição (deslocamentos) ou (escolha de uma parte do corpo) recorrendo a uma actividade com o balão onde se promoveu a noção do corpo (Pé, Mão cabeça), coordenação oculo Manual, oculo podal, e acção-reacção instantânea e por último sob tarefa de competição, as noções de limites do campo, estratégia (Vôlei c/ balão)
15-1-14	Realização de situações que promovam a iniciativa psicomotora, e neste sentido que implicassem a escolha da situação a desenvolver pelo cliente, que se concretizou numa situação de jogo de competição (Futebol) e exploração das suas regras, numa situação de destreza e coordenação oculo manual através da tarefa de splashers, com exploração de noções do calculo (soma/adição e associação peixe-pontuação)
22-1-14	Realização de Situações que promovam a iniciativa psicomotora, mais concretamente na escolha da situação a desenvolver: Jogo de competição (Futebol) e exploração das suas regras e iniciativas de ataque; e situações que impliquem a associação entre os elementos em jogo através de relações lógicas e desenvolvam as noções visuo-construtivas (Go Getter).
29-1-14	Realização de Situações que promovam a iniciativa psicomotora, mais concretamente na escolha da situação a desenvolver: Realização de uma situação de destreza e coordenação oculo manual através do jogo de splashers, com exploração de noções do calculo (soma/adição e associação peixe-pontuação) e de uma situação de coordenação oculo-manual e planificação psicomotora no lançamento (bowling).
5-2-14	Realização de Situações que promovam a iniciativa psicomotora, mais concretamente na escolha da situação a desenvolver: situação de coordenação oculo-manual e planificação psicomotora no lançamento (bowling) e situação Jogo de competição (Futebol) e exploração das suas regras e iniciativas de ataque
12-2-14	Realização de situações que impliquem a discriminação visual e concentração, utilizando estratégias de varrimento visual e situação de jogo de futebol de forma a promover a coordenação oculo-podal, e iniciativa psicomotora no processo de decisão, antecipação e programação do gesto motor.
19-2-14	Realização de uma situação com o intuito de promover a capacidade de representação gráfica de uma situação vivenciada, e realização de uma situação de coordenação oculo-manual e planificação

Monitorização: 1-Objetivo Atingido O- Objectivo Não Atingido NT- Objectivo não trabalhado

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Departamento de Psicomotricidade

	psicomotora no lançamento de bolas de diferentes tamanhos para um alvo.
26-2-14	Realização de situações que exigissem a iniciativa psicomotora através de ajustes da sua posição (deslocamentos) ou (escolha de uma parte do corpo) recorrendo a uma actividade com o balão onde se promoveu a noção do corpo (Pé, Mão cabeça), coordenação oculo Manual, oculo podal, e acção-reação instantânea; e Situação de representação gráfica livre.
3-3-14	Realização de situações que impliquem a atenção e concentração na tarefa assim como as noções visuo-construtivas e o pensamento abstracto. (Crazy Circus)
12-3-14	Realização de situações que impliquem a discriminação visual e concentração, utilizando estratégias de varrimento visual. (Tatouvu)
19-3-14	Realização de Situações que promovam a iniciativa psicomotora, mais concretamente na escolha da situação a desenvolver: situação de jogo de pares de formas a promover o pensamento lógico e a desenvolver a atenção e concentração na tarefa assim como a estruturação rítmica. (Jogo das cadeiras)
26-3-14	Realização de situações que impliquem a coordenação oculo-manual e a destreza manual, nomeadamente apanhar peças de jogo que flutuavam em água com pauzinhos do Chinês e de seguida utiliza-los em situação de jogo "4 em linha", de forma a promover a iniciativa psicomotora na decisão da jogada.
2-4-2014	Realização de situações que impliquem a coordenação do membro superior e membro inferior durante o acto motor de saltar seguindo um ritmo externo (Saltar à Corda) E realização de uma situação que implique a coordenação oculo-manual e a destreza manual, nomeadamente apanhar peças de jogo que flutuavam em água com pauzinhos do Chinês e de seguida utiliza-los em situação de jogo "4 em linha", de forma a promover a iniciativa psicomotora na decisão da jogada
23-4-14	Realização de uma situação que implique a coordenação oculo-manual e a destreza manual, nomeadamente apanhar peças de jogo que flutuavam em água com pauzinhos do Chinês e de seguida utiliza-los em situação de jogo "4 em linha", de forma a promover a iniciativa psicomotora na decisão da jogada e Realização de situações que impliquem o pensamento operatório, tomada de decisão e execução de estratégias de forma a concluir um objetivo. A par do objectivo inicial da situação implicada a atividade induz ainda o desenvolvimento das noções visuo-construtivas com base num modelo já definido. (crash-hour).

Monitorização: 1-Objetivo Atingido O- Objectivo Não Atingido NT- Objectivo não trabalhado

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Departamento de Psicomotricidade

30-4-14	Realização de situações que impliquem o pensamento operatório, tomada de decisão e execução de estratégias de forma a concluir um objetivo. A par do objectivo inicial da situação implicada a atividade induz ainda o desenvolvimento das noções visuo-construtivas com base num modelo já definido. (crash-hour). O cliente teve de sair mais cedo da sessão para ir ter com a sua mãe à consulta de neuropediatris.
7-5-14	Realização de uma situação de representação gráfica, ilustrativa de um episódio real, em que um menino bateu no cliente e este se sentia revoltado. E realização de uma actividade relacionada com a representação do seu esquema corporal em tamanho real.
14-5-14	Não houve sessão, devido à reunião com outro cliente
21-5-14	Realização de situações que impliquem o pensamento operatório, tomada de decisão e execução de estratégias de forma a concluir um objetivo. A par do objectivo inicial da situação implicada a atividade induz ainda o desenvolvimento das noções visuo-construtivas com base num modelo já definido. (crash-hour) e situação de futebol de forma a promover a coordenação oculo-podal, e iniciativa psicomotora no processo de decisão, antecipação e programação do gesto motor

Monitorização: 1-Objetivo Atingido O- Objectivo Não Atingido NT- Objectivo não trabalhado

Anexo H - Resultados da aplicação da NP-MOT e sua significação psiconeurológica

A aplicação do NP-MOT decorreu ao longo de três sessões de 50 minutos. As provas da bateria não foram todas aplicadas de forma a não submeter o avaliado a provas, cujo interesse da avaliação na opinião da estagiária e do orientador local já eram conhecidas.

Este instrumento está aferido para uma população francesa com idades compreendidas entre os 4 e os 8 anos, e todas as comparações referentes à norma terão de ter em conta que essa norma apenas está validada para a população francesa. Neste sentido, a análise dos resultados do cliente será efetuada com uma referência a critério, i.e., com referência às alterações quantitativas e qualitativas, manifestadas aquando a comparação entre a avaliação inicial e a atual (avaliação final). Contudo, no final de cada item, se possível, será realizado um comentário comparativo à norma estudada para a população francesa, apesar de sabermos que o mesmo não tem valor do ponto de vista estatístico, e apenas pode ser interpretado como mais um indicador que nos pode ajudar a conhecer melhor os resultados obtidos pelo João.

NP-MOT (Caderno1).

- *Tónus.*

Revisão Teórica.

A tonicidade é, segundo Fonseca (2010), um dos fatores fundamentais na organização psicomotora do indivíduo. Este fator está intimamente ligado às posturas, atitudes, mímicas e emoções decorrentes da atividade motora, estando na base de organização de toda a informação sensorial.

A função tónica representa o plano de fundo onde emerge e se inscreve todo o movimento, influenciando e determinando a mobilidade e a disponibilidade motora do indivíduo (Bergés, 1963 e Paillard, 1976, cit in Vraivres-Douret, 2006).

A função tónica participa como elo de transição entre o corpo e o cérebro e entre este e o meio, em funções alerta e vigilância, essenciais à segurança do indivíduo: atenção, a orientação, o controlo, a adaptação (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010), a função tónica assegura a transdução de impulsos sensoriais (tácteis, quinesésicos, vestibulares, propriocetivos e exteroceptivos) em informação de maior complexidade, fazendo-a chegar a estruturas mais hierquizadas responsáveis pelo seu processamento. Da mesma forma que o tónus apresenta esta função integradora através das vias aferentes, o contrário também é possível, i.e., através da informação das vias eferentes os estados tónicos refletem o estado mental em geral.

Fonseca (2010) baseando-se nos trabalhos de Wallon (1932,1956,1966 e 1970), Ajuriaguerra (1950,1955,1961 e 1974), André-Thomas e Ajuriaguerra (1949), Stambak (1963) entre outros, afirma que este fator psicomotor tem um papel fundamental tanto no desenvolvimento motor como no desenvolvimento psicológico.

O tónus pode ser descrito como o permanente e involuntário estado de tensão muscular, dependente do Sistema Nervoso Central e Periférico (André-Thomas e J. de Ajuriaguerra, 1949, cit in Vraivres-Douret, 2006). Segundo estes autores, as provas referentes a este fator psicomotor podem permitir identificar perturbações e alterações orgânicas e patológicas.

Nesta bateria o tónus é estudado tendo em conta o tónus de fundo e o tónus de ação. De acordo com Paillard (1969), citado por Vraivres-Douret (2006), o tónus de fundo é responsável pela postura e plasticidade do movimento preparando-o e orientando-o

durante a sua execução; o tónus de ação pode ser definido como os estados de tensão presentes durante o decorrer de uma ação.

Identificação da Prova.

A avaliação do tónus é realizada através das seguintes subdomínios: (a) tónus de fundo, (b) mobilização passiva dos membros, (c) tónus de sustentação, (d) tónus de atitude, (e) reflexos rotulianos e (f) tónus de ação.

Uma vez que o cliente apresenta no seu fenótipo comportamental características tónicas do tipo hipotónico, possivelmente resultantes da alteração cromossómica identificada, não se justificava avaliar o cliente, em provas cujo objetivo seria identificar alterações tónicas de base, ou seja, não se justificou avaliar os primeiros 5 domínios correspondentes à avaliação do tónus de fundo.

O único subdomínio avaliado foi o (f) tónus de ação através da prova de prono-supinação unilateral da mão (diadococinésias) com o intuito de identificar a presença de sincinésias, i.e., presença de uma contração muscular ou um movimento involuntário que é inútil e prejudica o movimento esperado, a quando a realização de um movimento voluntário.

Descrição dos resultados.

Através da prova de prono-supinação unilateral da mão (diadococinésias) foi possível observar que o cliente apresenta dificuldades na qualidade do movimento, sendo esta dificuldade mais notória no desempenho da mão não dominante (mão esquerda).

Ao nível das sincinésias, estas foram visíveis durante a desempenho de ambas as mãos. Quando o cliente realizou a prova com a mão esquerda observou-se a presença de sincinésias: homolaterais proximais (movimentos do tronco); contralaterais proximais (forte difusão tónica ao longo do braço direito) e buco-faciais proximais (forte difusão tónica ao nível da língua: põe a língua de fora). Durante a desempenho da mão direita foi visível a presença de sincinésias: homolaterais proximais (com deslocamento do cotovelo superior a 15 cm) contralaterais proximais (com imitação parcial da mão esquerda) e buco-faciais proximais (forte difusão tónica ao nível da língua: põe a língua de fora).

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- A qualidade do movimento da mão direita e esquerda do cliente situa-se um desvio padrão abaixo da média para a mão direita e dois desvios padrão abaixo da média para a mão esquerda;
- O resultado da desempenho do cliente em ambas as mãos para as sincinésias enquadra-se dois desvios padrão abaixo da média;
- Quando especificamos as sincinésias por categoria espacial, os resultados do cliente situam-se em dois desvios padrão abaixo da média para as sincinésias homolaterais, um desvio padrão abaixo da média para as sincinésias buco-faciais e na média para as sincinésias contralaterais.

Significação Neuro-Psicológica.

Como já foi descrito anteriormente o cliente apresenta no seu fenótipo comportamental características tónica do tipo hipotónico.

Segundo Fonseca (2010) a criança hipotónica apresenta uma pré-disposição motora normalmente mais lenta e centrada em tarefas de mesa, nomeadamente em atividades de preensão e de praxia fina, o que lhe permite o acesso a atividades mentais

mais elaboradas, controladas e reflexivas, comparativamente com crianças de perfil hipertónico.

Um perfil de hipotonia disfuncional, segundo Fonseca (2010) pode ser sinónimo da presença de característica de passividade, hipoatividade, bradicinesia, descoordenação, flacidez e moleza.

Este perfil apresentado por Fonseca (2010) enquadra-se no perfil comportamental do sujeito, na medida em que o cliente se pode descrever da seguinte forma:

- Perfil hipotónico caracterizado pela flacidez muscular;
- Lentificação psicomotora;
- Facilmente alega cansaço físico, apresentando também excesso de peso (obesidade);
- Com frequência prefere atividades e espaços correlacionados com tarefas de mesa e de praxia fina.

Ao contrário do que foi identificado por Fonseca (2010), o cliente não apresentou atividades mentais mais elaboradas, controladas e reflexiva, antes pelo contrário, manifestou ao longo das sessões dificuldades na organização do pensamento, e consequentemente no seu discurso, manifestando por exemplo comportamentos de fuga em situações de relaxação e mobilização passiva.

Relativamente aos resultados do tónus de ação, os mesmos evidenciaram a presença de sincinésias, ou seja, a presença de reações parasitas de imitação de movimentos, que acompanham a realização do movimento intencional, prejudicando a sua precisão e eficácia (Ajuriaguerra e Soubiran, 1959, cit in Fonseca, 2010).

Wallon (1946), citado por Fonseca (2010), refere-se às sincinésias como sinais de incontinência tónica, que por motivos de insuficiente inibição e regulação se traduzem sob a forma de movimentos bizarros.

Para Fonseca (2010) as sincinésias podem resultar de falta de informação dos fusos neuromusculares e, por conseguinte, erros na perceção de variação de atividade motora e tónico-cinética - que afetam a segmentação progressiva de um movimento intencional.

A intensidade e a duração das sincinésias como já foi referido anteriormente tem implicações negativas na precisão e eficácia dos movimentos. Segundo Fonseca (2010), as implicações das disfunções tónicas no comportamento e na aprendizagem são evidentes em casos extremos onde existem sinais de hiperatividade, distratibilidade, hipoatividade e bradicinesia.

Esta correlação realizada por Fonseca (2010) pode ajudar a explicar a lentificação psicomotora expressa pelo cliente, no entanto no decurso do 1º ano escolar ainda não foi visível a mesma associação com as dificuldades de aprendizagem.

As sincinésias são frequentes em crianças de 6, 7 e 8 anos, no entanto as mesmas tendem a desaparecer à medida que se consolida a maturação neurológica, por volta dos 10-12 anos (Ajuriaguerra e Stambak, 1955, cit in Fonseca, 2010). Este facto pode explicar o desempenho médio do João na avaliação das sincinésias contralaterais, pois é uma característica do processo de maturação, apesar de o mesmo, apresentar resultados dois desvios padrão abaixo da média na nota global das sincinésias (o que já não pode ser considerado como uma manifestação típica do desenvolvimento).

- **Motricidade Global- Equilíbrio**

Revisão Teórica.

Segundo Vraivre-Douret (2006) e Fonseca (2010), a noção de equilíbrio está associada às seguintes estruturas cerebrais: tronco cerebral, o cerebelo e os gânglios da base.

Este fator é responsável pelos constantes ajustamentos posturais anti-gravíticos que estão na base de toda resposta motora, abrangendo aptidões estáticas e dinâmicas de controlo postural e de aquisições de locomoção (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010), o sistema vestibular é o principal órgão responsável pela organização perceptiva da visão e audição, assumido um papel essencial na integração da informação sensorial e coordenação das contrações tónicas e fásicas dos diferentes grupos musculares, necessárias aos reajustes posturais.

Tarefas que impliquem e desafiem os reajustamentos posturais permitem recolher informação acerca do funcionamento do sistema vestibular, cerebeloso e límbico (Fonseca, 2010).

Identificação das Provas.

Nesta bateria o estudo da motricidade global avalia-se pelas provas de equilíbrio dinâmicas, associadas ao movimento, e pelas provas de equilíbrio estático, associadas à manutenção do corpo imóvel resistindo à gravidade (Vraivre-Douret, 2006).

No equilíbrio dinâmico o cliente foi avaliado pelo seu desempenho nas seguintes provas: (a) marcha espontânea, (b) marcha para a frente sobre uma linha direita; (c) marcha para trás sobre uma linha direita; (d) marcha em pontas dos pés; (e) marcha sobre os calcanhares e (f) salta de uma altura de 20 cm.

No equilíbrio estático foi avaliado pelas seguintes provas: (h) ficar imóvel em pé de olhos abertos; (i) ficar imóvel sobre um pé de olhos abertos; (j) ficar imóvel sobre a ponta dos pés de olhos abertos.

Descrição dos Resultados.

Equilíbrio Dinâmico.

Na prova (a), marcha espontânea, o João foi avaliado na postura dos braços e pés assim como a posição dos pés, apesar de apresentar uma marcha peculiar, i.e., desajeitada/desengonçada e com uma base de sustentação alargada (pés ligeiramente para fora).

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- O seu desempenho, no que respeita à qualidade da postura dos braços e pés, assim como a posição dos pés, dentro do que é esperado para a média, sendo este resultado consistente com avaliação anterior.

Nas provas de (b), marcha para a frente sobre uma linha direita e (c), marcha para trás sobre uma linha, ao contrário da última avaliação o cliente já consegue realizar a marcha mantendo-se sobre a linha. No entanto ainda é penalizado por não apresentar a postura correta dos braços e apresentar espaço entre a colocação dos pés.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- Da avaliação anterior para a atual, verifica-se que o João na qualidade duração, i.e., tempo de realização da prova, consegue obter maior cotação pelo facto de realizar a atividade mais rapidamente, passando de dois desvios padrões abaixo da média (1º avaliação) a situar-se dentro do que é espectável para a sua idade.

Na prova (d), marcha em pontas dos pés, o cliente apresenta uma deslocação com elevação dos calcanhares e o balanço dos braços com a mesma amplitude.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- O facto do cliente já conseguir manter-se sobre a linha e realizar a atividade de início ao fim, ainda que com dificuldades na qualidade exigida (tempo de realização), retira o cliente de dois desvios padrões abaixo da média esperados para a sua idade, passando a situar-se dentro da média.

Esta prova não foi realizada corretamente pelo cliente, assim que lhe foi dada a instrução, no entanto quando lhe foi pedido que representasse uma atividade do seu interesse, como fingir andar de saltos altos, o João mostrou que conseguia realizar a tarefa motora pretendida.

Na prova (e), marcha sobre os calcanhares, o cliente consegue realizar a tarefa apresentando uma postura correta dos pés, i.e., mantendo-se sobre os calcanhares, ambos com a mesma amplitude, ao nível da postura dos braços apresentou uma forte flexão de ambos os braços.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- O desempenho do João situa-se dentro da média para a postura dos pés e um desvio padrão abaixo da média para a postura dos braços, em contrário, na anterior avaliação o cliente foi cotado com pontuação máxima nesta prova, encontrando-se dentro da média esperada para a sua idade tanto a nível da postura dos braços como dos pés.

A divergência entre estes dois resultados pode ser explicada de duas formas: ou o cliente perdeu qualidade na realização do movimento em detrimento de uma maior percepção dos desequilíbrios vivenciados, reajustando o seu equilíbrio, com a diminuição de graus de liberdade dos membros, ou, o mais provável, o primeiro avaliador teve critérios menos exigentes do ponto de vista qualitativo que o segundo (talvez por não valorizar a importância do posicionamento dos membros superiores na realização desta prova em particular).

Na prova (f), salta de uma altura de 20 cm, o cliente consegue realizar o salto com simetria na coordenação dos membros superiores desde o ponto de partida até ao ponto de chegada, no entanto durante o tempo de suspensão não mantém os pés juntos, realizando uma aterragem desequilibrada mas com os dois pés.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- O único parâmetro em que o João não se consegue situar dentro do que é espectável para a sua idade é na aterragem, ficando segundo a norma de aferição deste instrumento dois desvios padrão abaixo da média;
- Na nota global da coordenação entre membros superiores e inferiores os resultados do João situam-se um desvio padrão abaixo da média, à semelhança da anterior avaliação;

- A nota global do equilíbrio dinâmico do João comparativamente com a norma situa-se dois desvios padrão abaixo da média à semelhança da anterior avaliação.

Equilíbrio Estático.

Na prova (h), ficar imóvel em pé de olhos abertos, o João consegue ficar imóvel durante o tempo pretendido, no entanto é penalizado pela postura dos braços que, em vez de ficarem em extensão junto ao corpo, estiveram cruzados junto ao peito.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- Comparativamente com a média o desempenho do cliente situa-se dois desvios padrão abaixo da média na postura apresentada e dentro da média na duração da prova. A sua nota global deste item é de dois desvios padrão abaixo da média;
- Quando verificados os resultados do desempenho anterior, constatamos que comparativamente com a norma o cliente se encontra dentro da média na postura dos braços e pés e um desvio padrão acima da média no item da duração, cotando a nota global da prova com um desvio padrão acima da média.

Esta discrepância entre resultados pode ser explicada por possíveis erros de cotação num dos momentos de avaliação: sobreavaliado na primeira avaliação, ou subavaliado na segunda avaliação. A atual estagiária considera que poderia ter verificado se o cliente conseguiria realizar a prova de forma correta, ao lhe sugerir a retificação da posição dos braços, não ficando esclarecidas as aptidões neuro-psicomotoras do cliente exigidas na referida tarefa.

Na prova (i), ficar imóvel sobre um pé de olhos abertos, o cliente não consegue realizar a prova em apoio uni-podal esquerdo e quando a realiza com o apoio uni-podal direito não consegue manter a postura dos braços ao longo do corpo, cotando apenas metade da cotação do tempo de permanência desejado.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- O desempenho do João quando comparado com a norma encontra-se à semelhança da anterior avaliação dois desvios padrão abaixo da média.

Na prova (j) ficar imóvel sobre a ponta dos pés de olhos abertos, o João não consegue ter sucesso em nenhum dos parâmetros de avaliação. Na avaliação anterior o cliente conseguiu cotar na prova obtendo metade da cotação na duração da prova e na postura dos braços.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- O desempenho do cliente quando comparado com a norma situa-se dois desvios padrão abaixo da média relativamente à postura dos braços, na duração e na nota global da prova, diferindo da anterior avaliação, onde o cliente apresentava resultados um desvio padrão abaixo da média para a postura dos braços, na média para a duração da prova e um desvio padrão abaixo da média para a nota global da prova. Esta alteração de resultados pode ser devida à diferença de critérios entre avaliadores no que respeita à avaliação de um domínio que é subjetivo e sem critérios qualitativos descritos de forma exaustiva, i.e., um dos avaliadores pode ter sido menos exigente na sua avaliação qualitativa do desempenho do cliente na referida tarefa do que o outro, pelas diferenças dos percursos de formação e experiências profissionais;
- Em síntese a nota global do equilíbrio estático atual situa-se dois desvios padrão abaixo da média, à semelhança da anterior avaliação.

Significação Neuro-Psicológica.

Segundo Ayres em 1977 e 1981, citado Fonseca (2010), a integração das alterações decorrentes do movimento e da gravidade é realizada por componentes do sistema vestibular: canais semicirculares, sáculo e utrículo. Lesões nas estruturas mencionadas condicionam e alteram as noções de equilíbrio do indivíduo (Fonseca, 2010).

Na história clínica do João estão presentes comprometimentos auditivos (Hipoacusia Bilateral) e visuais (miopia), que apesar de estarem compensados com próteses, condicionam integração de informação, e podem alterar as noções de equilíbrio do indivíduo, como afirma o autor supracitado.

Na maioria das provas de equilíbrio o cliente apresenta dificuldade em manter a postura necessária dos braços, expressando no seu comportamento reajustamentos posturais notórios. No desempenho do cliente foram visíveis sinais que podem, segundo Fonseca (2010), evidenciar disfunções vestibulo-cerebelosas: hipercorreções exageradas e imprecisas, alargamento da base de sustentação, movimentos de compensação mais amplos dos braços.

A postura e movimento implicam uma constante ativação e inibição motora assim como uma antecipação e preparação para a ação. O principal órgão responsável pela determinação das estratégias posturais e motoras é o Cerebelo (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010), disfunções ao nível de estruturas como o cerebelo e o sistema vestibular, identificadas como essenciais ao equilíbrio, para além de comprometerem a segurança gravitacional do indivíduo e a sua independência motora, influenciam ainda as seguintes capacidades: controlo emocional, atenção, estado de alerta e percepção espacial.

As dificuldades observadas no desempenho do João nas tarefas deste domínio, tanto a nível do equilíbrio dinâmico como estático, sugerem que o mesmo possa ter problemas vestibulares e alterações neuroanatômicas do cerebelo.

Um dos problemas neurológicos apontados como característicos do diagnóstico do João, segundo Wilson e Cooley (2000) é a evidência de alterações neuroanatômicas do cerebelo. Esta constatação vai de encontro ao que afirma Fonseca (2010): as estruturas como o cerebelo e o sistema vestibular, estão identificadas como estruturas essenciais ao equilíbrio.

- **Lateralidade.**

Revisão Teórica.

A lateralização é inata e predita por fatores biológicos, contudo, existem alguns fatores como o treino e/ou pressões sociais que a podem influenciar (Zangwill, 1975, cit in Fonseca, 2010).

A lateralização resulta da integração da informação vestibular e propriocetiva, que permite ao indivíduo a integração bilateral postural do corpo. Posteriormente, devido à interação com o meio ambiente, mais concretamente com os instrumentos de que dispõe, o indivíduo começa por evidenciar uma preferência lateral, resultado da integração de informações sensoriais mais complexas relacionadas com aquisições motoras unilaterais especializadas (Fonseca, 2010).

Ao longo do desenvolvimento os dois hemisférios cooperam entre si, contudo, com o avançar da idade e com a experiência vão se especializando. Deste modo, é de referir que apesar da lateralização manual surgir no fim do primeiro ano, só por volta dos 4-5 anos é que se estabelece fisicamente (Fonseca, 2010).

De acordo com Benton (1979), citado por Fonseca (2010), esta mesma lateralização compreende diferentes níveis de complexidade, tais como: a identificação de partes do corpo; a identificação dupla homolateral; a identificação dupla contralateral; identificação de partes do corpo no outro e identificação de partes do corpo do outro e no próprio.

A lateralização envolve a especialização hemisférica, influenciado e participando nos diferentes domínios inerentes ao indivíduo: motor, sensorial, perceptivo conceptual, simbólico e social (Fonseca, 2010).

Identificação das Provas.

A lateralidade do cliente foi avaliada pelas seguintes provas: lateralidade gestual espontânea (domínio de um membro sobre o outro avaliado em diferentes segmentos corporais: braço, mão, punho, dedo indicador), lateralidade usual (avaliação da preferência manual, podal e ocular na ação sobre objetos) e lateralidade psicossocial (avaliação da preferência manual na realização de atividades de carácter simbólico).

Descrição dos Resultados.

Na lateralidade gestual espontânea, e lateralidade usual (manual e podal) o João evidencia uma preferência pelo seu hemicorpo direito, no entanto, a sua preferência ocular é esquerda.

Na lateralidade psicossocial o cliente apresenta uma preferência manual destra, demonstrando que consegue organizar o gesto, realizando de forma simbólica as ações de abrir uma porta com uma chave e lavar os dentes. Nos restantes gestos (lançar uma bola com uma mão, colocar um prego com um martelo, pentear o cabelo com uma escova, comer uma colher de sopa) apresenta um gesto primitivo.

Na prova de lateralidade psicossocial observou-se uma evolução na qualidade de organização do gesto, passando o cliente a realizar dois dos seis gestos de forma simbólica e melhorando relativamente à anterior avaliação onde realizara todos os seis gestos de forma primitiva.

Significação Neuro-Psicológica.

No que diz respeito à preferência manual observou-se uma maior congruência na mão preferencial.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- Passa de uma lateralidade psicossocial indeterminada para uma preferência psicossocial manual direita, sendo esta evolução representativa da existência de processos de maturação, de organização e de especialização hemisférica.

O facto de o cliente apresentar uma preferência manual direita, e uma preferência ocular esquerda, poderá condicionar tarefas que impliquem a coordenação oculo-manual. Esta correlação poderá ser verificada através da avaliação do desempenho do João nas provas de habilidade oculo-manual, descrita na página 104.

Fonseca (2010), afirma que a desintegração bilateral do corpo tem influência na percepção espacial e nas relações do indivíduo com o envolvimento, estando a mesma associada a dificuldades relacionadas com os reflexos posturais, a visão, e o equilíbrio estático e dinâmico.

Uma vez que o cliente apresenta dificuldades ao nível da visão, do equilíbrio estático e dinâmico, e aparenta já ter atingido uma preferência manual consistente ao longo das tarefas, de acordo com Fonseca (2010) esta melhoria nas provas de

lateralização pode estar correlacionada com a melhoria na percepção espacial do cliente avaliada em contexto institucional através do objetivo específico.

- **Praxias Manuais.**

Revisão Teórica.

Segundo Fonseca (2010), a praxia consiste na capacidade de realizar um movimento organizado e intencional com finalidade determinada.

A mão, órgão de excelência utilizado na praxia fina, é um órgão essencialmente de apreensão, de apropriação e relação com o exterior, sendo a responsável por funções como a palpação, a discriminação tátil, entre outros (Fonseca, 2010).

A praxia fina compreende tarefas motoras sequenciais mais precisas e que exigem controlo visual, i.e., a coordenação dos movimentos dos olhos durante a fixação da atenção e da manipulação de objetos; e exigem funções de programação, regulação e verificação das atividades preensivas e manipulativas mais finas e complexas (Fonseca, 2010).

Para a praxia fina contribuem as informações visuais que funcionam como propulsoras do movimento ao captarem informações sobre os limites, formas e pormenores do objeto, direcionando assim a ação. Já as informações tátil-quinestésicas têm como função analisar as características táteis dos objetos, participando desta forma na elaboração do projeto de ação (Fonseca, 2010).

Desta forma podemos concluir que “a praxia fina evidencia a velocidade e precisão dos movimentos finos e a facilidade de reprogramação de ações, à medida que as informações tátil-perceptivas se ajustam às informações visuais” (Fonseca, 2010, p. 233).

O fator psicomotor praxia fina procura estudar na criança as seguintes componentes: capacidade construtiva manual e dextralidade bimanual, permitindo avaliar a maturidade práxica-manual, visuo-perceptiva e o controlo tónico-emocional (Fonseca, 2010).

Identificação das Provas.

Este domínio foi avaliado pelas seguintes provas: (a) prono-supinação bi-manual simétrica, (b) prono-supinação bi-manual assimétrica simultânea, (c) toque polegar indicador e (d) oposição do polegar aos outros dedos.

Descrição dos Resultados.

Na prova (a), prono-supinação bi-manual simétrica o João consegue realizar a prova utilizando movimentos sincronizados distais.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- O seu desempenho em relação ao tempo de realização da prova e à qualidade do movimento está cotada como dentro da média.

Na prova (b), prova de prono-supinação bi-manual assimétrica simultânea, o João não consegue dissociar os movimentos, utilizando no seu desempenho movimentos sequenciais e não sincronizados distais (supinando a mão em bloco com o antebraço).

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- Quando comparado com os pares da mesma idade segundo uma norma francesa o João é cotado dentro da média na qualidade do movimento, e dois desvios padrões abaixo da média em relação ao tempo de duração da prova;
- Segundo a norma francesa o João encontra-se dentro da média na avaliação global das prono-supinação bi-manual.

O resultado do desempenho do João nas provas de prono-supinação bimanual revela que este apresenta capacidades de coordenar movimentos simétricos mas que ainda não consegue coordenar a dissociação de movimentos assimétricos, mesmo que já perceçione que é solicitada esta dissociação. Esta inferência foi visível pela sua tentativa de realizar a prova, primeiro rodando uma mão e depois rodando a outra e assim sucessivamente.

Na prova (c) toque polegar indicador o João consegue ter pontuação igual no desempenho de ambas as mãos tendo inclusivamente realizado 6 segundos mais rápido a prova com a mão esquerda (mão não dominante). Contudo se observarmos a qualidade do toque na sua assertividade à ponta do dedo, o João apresenta menos qualidade na mão esquerda.

Quando comparados com os resultados normativos do teste, realizados para a população francesa, o João apresenta os seguintes resultados:

- O desempenho do João na qualidade de duração da prova enquadra-se dentro da média.

Na prova (d), oposição do polegar aos outros dedos o João evidencia no seu desempenho descoordenação dos movimentos dos dedos e dificuldade de planificação psicomotora revelando ausência de melodia cinestésica uma vez que: não realiza os círculos completos, salta dedos, toca mais de que uma vez com o mesmo dedo no polegar.

Esta prova também permitiu avaliar a presença de sincinésias contralaterais e buco-faciais, neste sentido, no desempenho da mão direita o João apresenta uma difusão tónica fraca na mão contralateral (mão esquerda) e uma difusão tónica forte ao nível das sinicinesias buco-faciais colocando a língua de fora.

Durante o seu desempenho com a mão esquerda são evidentes as sincinésias na mão direita com presença de movimentos de imitação ligeira, e uma difusão tónica fraca no que respeita às sincinésias buco-faciais expressa pelos movimentos de abertura da boca.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- No desempenho de ambas as mãos o João cota na nota global dois desvios padrão abaixo do que é esperado para a média;
- Relativamente à presença de sincinésias contralaterais e buco-faciais o desempenho do João situa-se dentro da média na prestação da mão esquerda, e um desvio padrão abaixo da média na prestação da mão direita;
- Em suma, o desempenho do João na nota global das praxias situa-se um desvio padrão abaixo da média.

Significação Neuro-Psicológica.

O resultado do desempenho do João nas provas de prono-supinação bimanual revelou dificuldades em cumprir o tempo de execução da tarefa evidenciando um comportamento motor com lentificação psicomotora.

Fonseca (2010) associa a lentidão e ineficiência na planificação de ações a um quadro de dispraxia, independentemente de o indivíduo apresentar uma motricidade funcional ou uma inteligência dita normal.

Na prova (c), toque polegar indicador, o facto de o cliente realizar a prova com mão esquerda com um tempo de execução menor do que com a mão direita, pode ser explicado pela existência de sincinésias bucais (língua de fora) apenas visíveis aquando o desempenho da mão direita, que como já foi referido anteriormente estes movimentos parasitas prejudicam a eficácia e o tempo de realização da tarefa.

Segundo Fonseca (2010), a prova (d), oposição do polegar aos outros dedos, também denominada de tamborilar, visa estudar dissociação digital sequencial, permitindo avaliar a gnosia digital a planificação micromotora distal e a preferência manual.

A dissociação pode ser definida como a capacidade de individualizar segmentos corporais aquando a realização de um gesto intencional e sequencial onde estão implicados os processos de planificação e execução motora (Fonseca, 2010).

Podemos inferir que o insucesso do João nesta prova, evidência imaturidade dos seguintes processos/conhecimentos: continuidade rítmica da execução motora, melodia-quinestésica, gnosia digital e planificação micromotora distal.

Segundo Fonseca (2010) as dificuldades ao nível da praxia manual permitem nos detetar problemas de ordem perceptivo-visual, propriocetivos e de automatização.

Olhando para o desempenho do João neste domínio verifica-se que este apresenta: a nível visuo-perceptivo - dificuldades de apreciação das distâncias e aproximações; a nível propriocetivo - problemas de coordenação; e, a nível dos processos de programação e automatização - movimentos excessivamente vigiados sem fluidez ou melodia quinestésica, com lentificação psicomotora.

A noção do corpo tem uma estreita relação com a praxia uma vez que, dificuldades na integração da informação proveniente das vias aferentes, afetam a expressão das informações oriundas das vias eferentes, provocando alterações perceptivas e consequentemente comprometimentos nos atos motores (Fonseca, 2010).

- **Gnosias Táteis.**

Revisão Teórica.

A organização e consciencialização da noção do corpo depende de uma adequada significação e integração das informações tácteis, quinestésicas, vestibulares e propriocetivas assim como da discriminação, identificação e localização tátil do corpo (Fonseca, 2010).

Identificação das Provas.

A prova das gnosias tácteis consiste em reconhecer *à posteriori*, *sem ter contacto ocular*, o dedo que foi tocado pelo avaliador.

Descrição dos Resultados.

O reconhecimento que o João realizou na sua mão direita foi inferior ao reconhecimento que este fez da sua mão esquerda, sendo que, na mão direita acertou em oito das dez provas e na mão esquerda conseguiu acertar em todas as dez provas.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- O desempenho do cliente nesta prova situa-se para a mão direita, um desvio padrão abaixo da média, à semelhança da anterior avaliação. No desempenho da mão esquerda o João situa-se dentro da média melhorando o seu desempenho

relativamente à anterior avaliação, onde se encontrava dois desvios padrão abaixo da média;

- Na nota global das gnosias tácteis o desempenho do cliente situa-se dentro da média melhorando relativamente à anterior avaliação onde se situava dois desvios padrão abaixo da média.

Significação Neuro-Psicológica.

O facto de o João ter menos sucesso no reconhecimento *à posteriori* da sua mão direita (mão dominante) pode ser devido ao facto de o cliente prestar menos atenção à prova no seu início, prejudicando o desempenho do reconhecimento da mão direita e no decorrer da prova regula gradualmente a atenção para a tarefa.

Segundo Fonseca (2010), os défices associados à dificuldade de integração sensorial estão intimamente relacionados com possíveis défices da noção do corpo, expressando-se essa correlação pelas dificuldades em localizar com precisão as partes do corpo.

NP-MOT (Caderno 2).

- **Habilidade oculo-manual.**

Revisão Teórica.

A coordenação óculo-manual está relacionada com a “capacidade de coordenar movimentos manuais com referências perceptivo-visuais” (Fonseca, 2010, p. 215).

A coordenação oculo-manual envolve potencialidades motoras como a prensibilidade, oponibilidade, convergência, divergência, associadas a processos de integração nas áreas frontais e occipitais (Fonseca, 2010).

Segundo Paillard (1978), citado por Fonseca (2010), a cooperação da componente praxica com o componente visual implica: a captura visual do objeto através de movimentos sacádicos da zona foveal, e fixação do olhar; operações de escrutínio visual e investigação visual i.e., identificação perceptiva do objeto através do contacto e apreensão, palpação, co-ordenação bimanual e os deslocamentos posicionais; movimento balístico do braço e da mão em direção ao alvo e ajustamento visual de posições terminando com a apreensão e captura manual do objeto e por último a manipulação do objeto, iniciada pela exploração e análise tactiloquinestésica-contacto.

Identificação das Provas.

A habilidade oculo-manual foi avaliada pela prova de desempenho oculo-manual, que consiste em pegar em peças (em forma de moeda) e coloca-las na ranhura de uma caixa, sendo contabilizado o tempo de execução motora.

Descrição dos Resultados.

O cliente consegue realizar a tarefa de início ao fim apresentando dificuldades ao nível da qualidade do seu gesto (gesto desajeitado), à semelhança da avaliação anterior.

No que diz respeito ao tempo de realização da prova o João é cotado dentro dos mesmos parâmetros da avaliação anterior, apesar de haver uma melhoria no tempo de execução da prova no desempenho de ambas as mãos, diminuindo um segundo e 7 milésimos de segundos na mão direita e 6 milésimos de segundos na mão esquerda.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- No que diz respeito à qualidade do gesto e ao tempo de execução da tarefa, o João encontra-se dois desvios padrão abaixo da média, ao contrário da avaliação anterior que se encontra um desvio padrão abaixo da média.

Este resultado aparentemente contraditório é explicado pelo facto do João pela sua idade ter alterado a classe de avaliação entre os dois momentos de avaliação, parecendo assim mais notória a discrepância quando comparada com a norma (francesa).

Significação Neuro-Psicológica.

Segundo Fonseca (2010) a coordenação oculo-manual, i.e., intra e intercoordenação dos sistemas visuais e manuais, está dependente da organização a nível estático e dinâmico.

A organização postural permite a integração sensoriomotora de base necessária para a organização informação mais complexa a nível perceptivo (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010) com base nos seus trabalhos, em 1984, as dificuldades ao nível da precisão, velocidade e coordenação recíproca das mãos estão associadas a dificuldades posturais que por sua vez estão associadas a dificuldades de aprendizagem, assim como a problemas práticos e perceptivos.

Todo o desempenho do João é caracterizado por dificuldade de apreensão e captura do objeto assim como lentificação psicomotora visível em todos os seus movimentos. Podemos inferir que a relação acima descrita por Fonseca (2010) também se verifica no desempenho do João, uma vez que os seus comprometimentos a nível tónico e postural podem influenciar a qualidade da sua resposta prática.

- ***Orientação Espacial.***

Revisão Teórica.

O domínio de Orientação Espacial nesta bateria envolve a avaliação de dois conceitos psicomotores: Noção do Corpo e Estruturação Espacial.

Segundo Fonseca (2010, p.173) a noção do corpo resulta da “recepção, análise e o armazenamento das informações vindas do corpo”, i.e., da organização do input-sensorial- táctiloquinestésico, vestibular e proprioceptivo, resultando na tomada de consciência e representação mental de si. Segundo Fonseca (2010) esta imagem interiorizada e estrutura é um elemento de referência interno que sob a qual se estabelecem todas as relações com o exterior.

Segundo Kephart (1971), citado por Fonseca (2010), nós usamos o nosso corpo como centro de referência da nossa organização visuo-espacial no que respeita às noções espaciais do próprio e do que o rodeia.

Segundo Fonseca (2010) o conhecimento do espaço é algo primeiramente intuitivo e só depois estruturado a nível lógico e conceptual. Este conhecimento não é inato e constrói-se a partir de atividades neuro, tónico, sensorio, perceptivo e psicomotoras. Embora a noção de espaço nasça da motricidade, o sistema que estrutura melhor esta noção corresponde ao sistema visual (Fonseca, 2010).

Há dimensões fundamentais a ter-se em conta de modo a ser estruturada a noção de espaço originadas no sistema visual (Fonseca, 2010): identificação da perspetiva (distância, profundidade, posição e localização através da avaliação da distância, da fixação e locomoção dos objetos no espaço); identificação do movimento aparente (relação entre distância dos objetos e velocidade), o gradiente da textura (“refere a importância dos elementos da superfície e a apreciação da distância que os objetos ocupam simultaneamente no espaço” (Gibson, 1969 cit in Fonseca, 2010, p. 195); e por último

as invariantes multimodais que correlacionam a postura com a informação do sistema vestibular como algo básico para o desenvolvimento da estruturação espacial (Gibson, 1969 cit in Fonseca, 2010).

Em termos neurológicos a noção do corpo resulta das projeções específicas das áreas primárias mas elabora-se como construção gnósica corporal nas áreas parietais secundárias (Fonseca, 2010). Associado ao lobo parietal e occipital está a regulação dos processos intervenientes nas praxias construtivas espaciais. Segundo Fonseca (2010), fica assim fundamentada a íntima relação entre estes dois domínios.

Identificação das Provas.

O domínio da orientação espacial foi avaliado através das seguintes áreas: (a) conhecimento da direita/esquerda sobre si, (b) conhecimento da direita/esquerda sobre o outro, (c) orientação direita/ esquerda em relação a objetos e (d) orientação direita/ esquerda num mapa/ plano.

Descrição dos Resultados.

No subdomínio (a), conhecimento da direita/esquerda sobre si, o João teve sucesso em todas as provas avaliadas ao contrário da avaliação anterior.

O seu sucesso revelou-se na prova de designação sobre si, identificando no seu corpo as suas partes do constituintes, e na prova de ordem de realização com cruzamento da linha média, conseguindo identificar as partes do corpo solicitadas e utiliza-las na instrução de duas premissas, por exemplo: coloca a tua mão esquerda na orelha direita.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- Na atual avaliação o João situa-se dentro da média, melhorando o seu desempenho relativamente à avaliação anterior, onde se encontrava dois desvios padrão abaixo da média.

No subdomínio (c) conhecimento da direita e da esquerda no outro, o João consegue realizar com sucesso a prova de designação da direita e esquerda no outro identificando corretamente as partes do corpo solicitadas no avaliador ou num objeto representativo do corpo humano (boneca) ao contrário da anterior avaliação.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- O João situa-se dentro da média à semelhança da anterior avaliação, conseguindo a sua evolução ser identificada no coeficiente de desenvolvimento, i.e., na avaliação anterior o João encontrava-se dentro da média com um coeficiente de desenvolvimento de 2/4, e atualmente esse coeficiente é de 3/3.

No mesmo subdomínio mas desta vez na prova de imitação em relação ao outro com cruzamento da linha média o João não pontua na prova porque apesar de reconhecer o gesto imita-o em espelho, não revelando capacidade de reversibilidade em auto reconhecimento.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- Apesar de não pontuar nesta prova à semelhança da avaliação anterior o desempenho do cliente encontra-se dentro da média, pois a capacidade de reversibilidade em auto-reconhecimento é uma tarefa que exige outro nível de maturação das estruturas cerebrais responsáveis por estes processos.

Nas provas de reconhecimento da direita e esquerda em relação a objetos (prova em relação a dois e a três objetos) e a um mapa/plano, o João não apresenta sucesso em nenhuma das provas, evidenciando no seu desempenho resultados incongruentes (à sorte).

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- O desempenho do João na prova de conhecimento de direita e esquerda em relação a dois objetos situa-se dois desvios padrão abaixo do que era esperado para a sua faixa etária, no entanto o seu desempenho nas provas de conhecimento de direita e esquerda em relação a três objetos e a um mapa/plano enquadra-se dentro da norma;
- Apesar do desempenho do João se situar dentro da norma mesmo não obtendo sucesso nas provas de reconhecimento da direita e esquerda em relação a objetos a três objetos e a um mapa/plano, pode ser explicado pelo facto das mesmas provas exigirem capacidades que ainda são espectáveis de ser observadas na idade do João.

Significação Neuro-Psicológica.

O João revelou um adequado conhecimento da direita/esquerda sobre si e sobre o outro revelando progressos neste subdomínio em relação à avaliação anterior. Ao nível da imitação, consegue identificar e programar o ato motor a realizar na prova de imitação em relação ao outro com cruzamento da linha média do corpo.

O único subdomínio em que o João apresentou dificuldades que não seriam de esperar na sua idade foi no reconhecimento da direita e esquerda na sua relação entre dois objetos. Através deste resultado podemos inferir que o conhecimento que o João possui do seu corpo ainda não se encontra bem integrado e acessível de ser utilizado em provas que exijam a relação espacial entre o seu corpo e os objetos.

Segundo Fonseca (2010), antes de evidenciarmos conhecimento do espaço, evidenciamos o conhecimento do corpo, a transformação do conhecimento do corpo em conhecimento do espaço é um processo sequencial que se inicia intuitivamente, estando posteriormente associado a relações conceptuais e de lógica. O mesmo autor refere que as disfunções ao nível da noção do corpo, somatognosia, repercutem-se nas relações de orientação com o espaço e objetos.

Segundo Fonseca (2010) a noção do corpo ao estar dependente da convergência e integração de várias sensações pode surgir alterada se existir comprometimentos das seguintes componentes: informações vestibulares, controlo postural e segurança gravitacional e discriminação e escrutínio visual. Como já foi identificado anteriormente o João apresentou dificuldades tónico-posturais e limitações visuais e auditivas que podem estar na origem nos défices apresentados neste domínio.

- **Ritmo.**

Revisão Teórica.

Existem quatro dimensões essenciais para nos relacionarmos com o meio envolvente: interligação das três dimensões inerentes à estruturação espacial- plano frontal, horizontal e sagital, e a quarta corresponde ao tempo.(Fonseca, 2010).

O tempo é a “génese da inteligência da criança” (Piaget, 1964 cit in Fonseca, 2010, p. 193). O tempo é essencial para se ter presente, conceitos como sequência, simultaneidade ou sincronização, conceitos essenciais a nível gnóstico e prático. O conceito de tempo interliga-se com a memória numa rechamada do passado, por outro lado, integra o presente e antecipa o futuro (Fonseca, 2010).

A dimensão temporal completa a dimensão espacial pois fornece informações sobre a preservação dos objetos no espaço além da sua localização. Uma dimensão fulcral dentro da dimensão temporal é o ritmo (Fonseca, 2010).

O ritmo está presente na natureza, desde a rotação da Terra ao batimento cardíaco, e adquire funções muito importantes pois inclui-se em todas as manifestações do comportamento, a nível biológico, nervoso e psicológico (Fonseca, 2010).

Identificação das Provas.

O domínio do ritmo foi avaliado com recurso às seguintes provas: (a) tempo espontâneo, (b) adaptação aos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos e (c) adaptação aos ritmos auditivo-percetivo-motores.

Descrição dos Resultados.

A prova (a), tempo espontâneo, consiste em avaliar a regularidade com que o cliente bate com a mão na mesa até o avaliador pedir para parar, sendo contabilizado o tempo que o mesmo demora até atingir os 21 batimentos.

O cliente realiza a prova de início ao fim e com um batimento irregular, à semelhança da avaliação anterior.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- No que respeita à qualidade do movimento o desempenho do cliente enquadra-se um desvio padrão baixo do que é esperado para a sua faixa etária. No que respeita ao tempo de execução o desempenho do João deixa de se situar um desvio padrão abaixo da média para se enquadrar dentro da média.

Na prova (b), adaptação aos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos, o João apresentou resultados diferente nas diversas provas consoante as partes do corpo necessárias para a realização da mesma. Neste sentido o João falha nas duas provas onde é exigido que este realize o ritmo com os pés. Acerta uma das duas provas de ritmos com as mãos e apresenta sucesso nas duas provas que exigem a utilização da mão e do pé.

Comparativamente com o avaliação anterior o João demonstra uma evolução neste domínio, uma vez que passa de não conseguir pontuar em nenhum item da prova, passando a obter sucesso em metade dos itens do subdomínio.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- Na nota de adaptação aos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos com as mãos situa-se um desvio padrão abaixo da média, à semelhança da anterior avaliação; adaptação aos ritmos com os pés situa-se dois desvios padrão abaixo da média, diferindo da anterior avaliação onde cotava um desvio padrão abaixo da média; por último, na adaptação aos ritmos com mãos e pés o João situa-se dentro da média, melhorando em relação à anterior avaliação onde cotava um desvio padrão abaixo da média;
- Na nota global dos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos, o desempenho do João situa-se dois desvios padrões abaixo da média à semelhança da anterior avaliação, no entanto melhoria neste domínio é comprovado pela melhoria do coeficiente de desenvolvimento, passando de 1/3 para 1/2.

A prova (c), adaptação aos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos, é constituída por duas provas: adaptação do batimento das mãos e do ritmo de marcha às cadências de 90, 60 e 120, dadas por um monómetro.

- Na nota global do ritmo da marcha o desempenho do João continua a situar-se como na avaliação anterior dentro da média;
- A nota global das provas de adaptação aos ritmos auditivo-percetivo-motores, o desempenho do João enquadra-se dentro do que é espectável para a sua idade, i.e., dentro da média ao contrário da anterior avaliação que se situava um desvio padrão abaixo da média.

Na prova de adaptação com o batimento das mãos o João conseguiu adaptar-se às três cadências corretamente tendo alcançado sucesso na realização da prova, ao contrário do seu desempenho na avaliação anterior em que apenas conseguiu pontuar metade da cotação na cadência de 90.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta os seguintes resultados:

- A nota global do desempenho do João situa-se um desvio padrão acima da média, ao contrário da avaliação anterior que se situava um desvio padrão abaixo da média.

Na prova de adaptação através do ritmo de marcha o João pontou metade da cotação nas cadências de (90 e 60), ou seja, conseguiu a sincronização com o ritmo pedido mas num período de tempo inferior ou igual a seis segundos, e na cadência de 120 teve a pontuação máxima.

Durante a realização da prova o João evidenciou maior dificuldade em adaptar-se às cadências lentas (60 e 90) que implicavam que o seu desempenho tivesse um tempo de escuta, espera e inibição do movimento superior, em comparação com a adaptação à cadência de 120.

Significação Neuro-Psicológica.

Os diferentes desempenhos do João neste domínio evidenciam as suas dificuldades em reproduzir uma batida regular e em adaptar-se a ritmos auditivo-visuo-quinestésicos.

Segundo Fonseca (2010) as dificuldades de tradução de informação simultânea, i.e., estímulos visuais e tácteis, caracterizam-se por distúrbios analítico-sintéticos associados a comprometimentos das regiões occipitais. Por sua vez, dificuldades na tradução de informação sequencializada, i.e., proveniente de estímulos auditivos, está associada a distúrbios da linguagem e a comprometimentos das regiões temporais.

Perante os resultados do desempenho do João nas provas de adaptações aos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos, de acordo com Fonseca (2010), estes défices traduzem-se em problemas de informação e processamento sensorial que influenciam as relações de ordem e duração assim como podem alterar os processos de atenção interiorizada. Para este autor as dificuldades supracitadas podem ser indicadores de dificuldades linguísticas e de aprendizagem.

• Atenção Auditiva.

Revisão Teórica.

Segundo Fonseca (2010) a função de alerta, por outras palavras atenção seletiva, pressupõe a integração e modulação de estímulos de forma a que o indivíduo consiga selecionar e separar a informação relevante da irrelevante, mobilizando os processos neurológicos para uma resposta de facilitação ou inibição de acordo com a exigência pretendida na atividade ou em resposta à mudança da mesma.

A seguinte prova pressupõe não só atenção seletiva para os processos de resposta ao estímulo como a atenção sustentada, i.e., a manutenção de um estado de

alerta ativo, programando continuamente uma resposta motora diferencial em função de um estímulo auditivo.

Identificação das Provas.

A prova de atenção auditiva pressupõe que o cliente ao longo de toda a prova mantenha a atenção na tarefa (atenção sustentada). Os estímulos que influenciam a resposta do cliente variam ao longo da prova, i.e., quando o avaliador apresenta um estímulo sonoro de 1 batimento o avaliado deverá responder com um estímulo sonoro de 2 batimentos, quando o avaliador apresenta um estímulo sonoro de 2 batimentos o avaliado deve responder com um estímulo sonoro de 1 batimento.

Descrição dos Resultados.

À semelhança da prova anterior o João não conseguiu atingir o número de respostas corretas para pontuar na tarefa, aumentando o seu tempo de realização de 52 segundos para 72 segundos.

Apesar de na anterior avaliação o João conseguir acertar 11 dos 16 estímulos e na atual prova conseguir acertar 10 dos 16 estímulos, observa-se uma evolução ao nível da atenção sustentada pelo facto de na atual avaliação o João conseguir acertar consecutivamente em metade da prova, ou seja, acertar a resposta aos 8 primeiros estímulos de forma consistente. Na avaliação anterior não é observável esta congruência nas respostas parecendo que o João responde de forma aleatória, ao longo de toda a prova.

Quando comparados com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa o João apresenta o seguinte resultado:

- O desempenho do João situa-se dois desvios padrão abaixo da média sendo que na avaliação anterior se enquadrava um desvio padrão abaixo da média.

Significação Neuro-Psicológica.

Os resultados do desempenho do João evidenciam uma melhoria na permanência da atenção, ainda que o mesmo não apresente a duração desejada para a sua idade. Esta constatação é fundamentada pela sua melhoria na consistência de respostas corretas na atual avaliação.

O facto do desempenho do João, quando comparada com os resultados normativos do teste realizados para a população francesa, apresentar um maior desvio em relação aos seus pares, comparando com a última avaliação, pode ser um indicador de que futuramente em tarefas escolares (onde a atenção tem um papel fundamental para o sucesso do aluno) o João possa manifestar dificuldades académicas decorrentes da sua dificuldade em manter a atenção.

Fonseca (2010) explica a correlação entre a atenção e a aprendizagem afirmando que o cérebro precisa de automatizar as funções anti-gravíticas e posturais onde decorrem os processos inerentes à atenção, à orientação, ao controlo, à adaptação e à organização e integração da informação sensorial, antes de conseguir processar a informação simbólica.

Anexo I – Gráfico síntese dos resultados da NP- MOT

Tabela 2: Perfil Neuro-psicomotor		≤ -2σ	≤ -1σ	Media	≥ 1σ	≥ 2σ	Coeficiente de Desenvolvimento	
AV1= Grupo2 4A 10M – 5A 8M AV2=Grupo3 5A 9M- 6A 6M							AV1	AV2
Tónus de Fundo	Balanço do Pulso (Resistencia) D*E							
	Balanço do Pé (Resistencia) D*E							
	Extensibilidade do ombro (Resistencia)							
	Extensibilidade do Pulso (Resistencia)							
	Angulo Popliteu							
	Angulos adutores							
	Angulo Calcânhar- Orelha							
	Extensibilidade do Pé com joelho em flexão (resistencia)							
	Extensibilidade do Tronco							
	Mobilização Passiva							
Tónus de Acção	Sincinésias nas (3 Provas)							
	Sincinésias Hemicorpo Direito							
	Sincinésias Hemicorpo Esquerdo							
Tónus de Suporte	Quatro Impulsos							
Tónus de atitude	Contracção do Pé D* E*							
Lateralidade Tónica	Manual							
	Podal							
	Homogeneidade Cruzada (entre os Mem. Sup e Inf)							
Lateralidade Funcional	3 lateralidades Manuais			X				
	Usual Podal			X				
	Olho director			X				
Motricidade Global	Coordenação Mem. Sup e Inf.	X	X					1/3
	Equilíbrio Dinamico	X						1/4
	Equilíbrio Estático	X						1/3
Praxias manuais	Prono-Supinação simétrica			X				3/3
	Prono-Supinação Assimétrica	X						1/3
	Toque polegar- indicador	D		X				2/4
		E		X				3/4
	Oposição polegar dedos	D	X					1/3
		E	X					1/3
Praxias ideo-motoras								
Gnosias tácteis	Digitas D	D	X				1/3	2/3
		E	X	X			1/3	3/3
Habilidade Oculo-Manual	Performance oculo-manual D	X	X				1/4	1/4
	Performance oculo-manual E	X	X				1/5	1/4
Orientação Espacial	Designação sobre si		X	X			1/3	1/3
	Designação sobre o outro		X	X			1/5	3/4
	Orientação sobre 2 Objectos	X						1/3
	Orientação sobre 3 objectos			X				1/3
	Orientação no mapa		X	X			2/5	1/3
Ritmo	Tempo espontaneo	X	X				1/5	1/4
	Auditivo-Visuo-Quinestésico	X	X				1/3	1/2
	Auditivo-Perceptivo-motor	X	X	X			2/5	3/4
Atenção Auditiva	Batimentos	X	X				1/5	1/4